

精神病学

Psychiatry

笔记

(第 4 版)

戴春峰

复旦大学上海医学院

2011 级临床医学 (8 年制)

参考资料:

- 【1】季建林,吴文源.精神医学 (第 2 版) [M].上海市:复旦大学出版社.2010
- 【2】郝伟,于欣主编.精神病学 (5 年制) [M].北京市:人民卫生出版社.2013.

再版前言

我想，每一位医学生都是不容易的吧。从高考填报志愿选择学医，到在校学习理工科基础课程、基础医学课程、临床医学课程，再到以后的临床见习、临床实习、研究生阶段、住院医师规范化培训、专科培训……可以说，从医学生向医生的华丽转变过程是很漫长的，也是无比艰辛的。

在这段漫长的岁月里，医学院医学课程学习至关重要。因为基础打不好，大楼也难以盖成。然而，有些学长学姐可能会告诉你这样一句话：以后进了临床，大家的水平都是一样的，所以在医学院里学习努力不努力，都无所谓。可是，我并不这么认为。因为那些所谓的“水平都是一样的”，只是指按照国家规定书写医疗文书、按照上级医师指示诊治病人的水平是一样的（事实上也容不得你改变），而对于临床思维，医生和医生之间差异其实是很大的，至少我在临床实习、住院医师阶段是这么观察到的。临床思维从哪里来？首先是要有扎实的医学知识功底，这是建造大厦的地基。同时也需要临床实践去检验这些知识，以及临床经验，还有从文献中找到的循证医学证据。

话虽如此，医学院的学习却又是非常艰辛的。短短两三年要学习那么多的课程，现在的我们又有那么多的追求，以至于平时花在学习上的时间可能真的不多。为此，我编写了这套学习笔记。开始只是尝试着去写，后来就一发不可收拾，基本上所有的课程都有整理。开始也只是小范围内和学弟学妹们分享，后来也就一发不可收拾，使用这套笔记的人越来越多，甚至于包括一些校外的同学。这让我压力很大，我只能通过不停地修订，尽量满足大家的需求。比如，针对 5 年制同学的要求，我在临床课程笔记里增添了许多英文，帮助他们复习备考。针对 5 年制和 8 年制同学所使用教材不同的现实，我尽量兼顾两方面，择优录取。在每个学期初，我也会根据最新教材做一些修订工作，并把新的考题标注进去。

借这个机会，我也想说几点编写这套学习笔记的想法。

其一，我们所用的教材名目繁多、内容复杂。对此，我当初就有设想，能不能将知识点重新简练地整理一遍，融合不同教材版本的特色，同时加上授课老师补充的内容。如此一来，这份笔记就成了“大杂烩”，但我相信其中选择的都是非常重要的、需要每一位临床医学学生（不管你将来选择什么临床科室）掌握的知识点。

其二，将平时学习和考试复习结合起来。这套笔记不是所谓的“宝典”，而是系统的知识梳理。所以，想要考前临时抱佛脚的同学，奉劝不要借助于这份笔记，否则你真的会哭的！同时，为了便于大家复习时使用，所有重点内容和历年常考题目都用记号标识（一般名词解释以下划波浪线蓝色加粗表示，问答题以下划直线红色加粗表示，重点选择题仅以加粗表示）。有些科目，诸如内、外科学，还分别编写了完整版和重点简略版，供大家根据自己的实际情况进行选择。在国内学医大环境下，学习和考试是两码事情。希望大家平时系统地掌握每门课程知识的同时，在考试期间能够有针对性地进行复习。

其三，知识永远在更新，医学也不断地在进步。但我总认为，不管怎样，首先应该好好掌握教材里的知识。因此，本套笔记的参考资料主要还是现行教材，而不是指南和文献。在此基础上，可以有针对性地阅读一些自己感兴趣的指南和文献。甚至于以后可以自己做研究，去发现新的知识。这也正好说明医学学习是一个循序渐进的过程。就像小孩子学步一样，走路都走不好，就想学跑和跳？此外，不要总是觉得国外教材里说的都是对的。一方面，医学本来就没有绝对的对与错。另一方面，外国人的研究成果不一定适用于中国人。

本套学习笔记的适用对象主要是复旦大学上海医学院临床医学 8 年制和 5 年制的在校学习的学生。其他专业的学生也可根据本专业学习要求进行删减。本套学习笔记在本校范围内向大家开放使用权限，但保留著作权，切勿在网上传播或者借此盈利（虽然看到网上确有流传版本，实属痛心；人做天看，但请自重）。本人也从未获得任何报酬，一切辛劳只是自己

喜欢，也兑现当初的承诺吧。

此外，为方便大家复习、备考相关科目，本笔记配套的讲解视频也在逐步建立中。首先建立的内科学复习、备考视频已上传百度网盘。

囿于学识有限，即使已经再三修订，本套学习笔记中错误也在所难免。还望大家批评指正，以便再版时能够及时改正。大家有任何意见或建议，都可以给我发邮件。在此，十分感谢复旦大学上海医学院 2014 级临床医学 8 年制徐警同学、2014 级临床医学 5 年制付佳玉同学先后系统参与到本套学习笔记的修订工作中来。还有许许多多为这套笔记提出宝贵意见、建议的老师和同学，在此一并感谢。我一直相信，一套合格的学习笔记，一定需要定期进行更新的。然而，本人临床和科研工作日益繁忙，现在也越来越感觉到没有足够的时间花在这套学习笔记的定期修订上了。因此，希望有越来越多的同道中人能参与进来，一起将这项工作做好！

最后，祝愿大家都能学业有成！

复旦大学上海医学院
2011 级临床医学八年制
戴春峰
2019 年 4 月 17 日
cf dai0221@sina.com

目录

第一章 精神病学总论.....	5
第一节 精神病学绪论.....	5
第二节 精神障碍的症状学.....	5
第三节 精神障碍的检查和诊断.....	15
第四节 精神障碍的分类和诊断标准.....	16
第二章 器质性精神障碍.....	16
第一节 常见的临床综合征.....	17
第二节 脑器质性精神障碍.....	19
第三节 躯体疾病所致精神障碍.....	20
第三章 精神活性物质所致精神障碍.....	21
第一节 概述.....	21
第二节 药物所致精神障碍.....	22
第三节 酒精所致精神障碍.....	23
第四节 非成瘾物质所致精神障碍.....	25
第四章 精神分裂症和其它精神病性障碍.....	25
第一节 精神分裂症.....	25
第二节 其它精神病性障碍.....	30
第五章 心境障碍/情感性精神障碍.....	30
第一节 抑郁障碍.....	31
第二节 恶劣心境.....	33
第三节 双相障碍.....	33
第六章 神经症性障碍.....	35
第一节 概述.....	35
第二节 惊恐障碍/急性焦虑障碍.....	35
第三节 恐惧症.....	36
第四节 广泛性焦虑障碍.....	37
第五节 强迫障碍.....	38
第七章 躯体形式障碍和分离（转换）性障碍.....	39
第一节 躯体形式障碍.....	39
第二节 分离（转换）性障碍.....	40
第八章 人格障碍和性心理障碍.....	41
第一节 人格障碍.....	41
第二节 性心理障碍.....	44
第九章 儿童青少年精神障碍.....	45
第一节 精神发育迟滞.....	45
第二节 心理发育障碍.....	46
第三节 儿童少年期行为和情绪障碍.....	48
第十章 精神障碍的治疗学.....	49
第一节 药物治疗.....	49
第二节 其它治疗.....	54

第一章 精神病学总论

第一节 精神病学绪论

一、概念

精神病 (psychosis)	是指在各种因素作用下造成大脑功能失调, 出现以感知觉、思维等 认知活动障碍 为主要表现的一类 程度严重 的精神疾病
精神病学 (psychiatry)	是临床医学的一个分支学科; 是研究精神疾病的病因、发病机制、临床表现、疾病发展规律以及治疗、预防的一门学科
精神障碍 (mental disorders)	<p>🌈 是一类具有诊断意义的精神方面的问题; 特征为认知、情感、行为等方面的改变, 可伴痛苦体验/功能损害</p> <p>🌈 传统分类</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 器质性: 如脑炎、慢性脏器衰竭所致精神障碍 ■ 功能性: 重性精神障碍/精神病性障碍 (如精神分裂症)、轻性精神障碍 (如焦虑症、应激障碍)
精神卫生 (mental health)	<p>🌈 狭义: 是指预防/治疗精神/心理障碍, 减少复发、促进健康</p> <p>🌈 广义: 是指提高人群精神/心理健康水平</p>
伤残调整生命年 (DALY)	<p>🌈 定义: 是指从发病到死亡所损失的全部健康寿命年, 包括因早死所致的寿命损失年和伤残所致的健康寿命损失年两部分</p> <p>🌈 意义: DALY 的减少可作为疾病负担的衡量指标</p>

二、精神病学发展简史

1. 比奈(Pinet): 主张人道地对待精神病患者, 被认为是精神医学的首次革新运动
2. 克雷丕林(Kraepelin): 创立了描述性精神医学, 被认为是**现代精神医学之父**
3. 弗洛伊德(Freud): 打破器质性病因论的瓶颈, 将精神医学带入心因性病因论的研究范畴, 被认为是精神医学的第二次革新运动
4. 社区精神卫生运动开展: 被认为是精神医学的第三次革新运动
5. 生物精神医学的发展: 被认为是精神医学的第四次革新运动
6. **会诊联络精神医学**(consultation-liaison psychiatry, CLP): 需精神科医生和综合医院其它科医生合作, 共同解决其它科疾病时的精神科问题的一门医学学科
7. 消耗医疗资源前 5 位的精神疾病: **抑郁症**、精神分裂症、双相障碍、酒精滥用、强迫症

三、精神障碍的病因学

1. 根据对精神疾病病因研究角度分类
 - (1) 生物学因素: 遗传、神经递质、神经内分泌、发育、感染
 - (2) 心理社会因素: 应激、人格特征、家庭、社会环境
2. 根据各因素在引起精神障碍中所起的作用分类
 - (1) 素质(predisposing)因素、诱发(precipitation)因素、附加(perpetuating)因素
 - (2) 致病因素和条件因素
 - (3) 生物因素、心理因素和社会因素

第二节 精神障碍的症状学

一、概述

1. 精神病理学(psychopathology): 研究精神症状及其产生机制的学科; 也称“精神障碍的症状学”
2. 判断某一精神活动是否正常的方法: ①纵向比较; ②横向比较; ③是否与现实环境相符

3. 精神症状的共性：①症状的出现不受患者意识的控制；②症状一旦出现，难以通过注意力转移等方式令其消失；③症状的内容和周围客观环境不相称；④症状会给患者带来不同程度的社会功能损害

4. 影响精神症状的因素：①个体因素（如性别、年龄、受教育程度、躯体状况、人格特征）；②社会因素（如个人经历、社会地位、文化背景）

二、感知觉障碍

【心理学】

感觉(sensation)	是大脑对 客观刺激 作用于 感觉器官 所产生的对事物 个别属性 的反映
知觉(perception)	是在感觉基础上，大脑对事物的各种不同属性进行整合，并结合以往经验而形成的 整体印象

【症状学】

感觉障碍	<p>✚ 感觉减退(hypoesthesia): 对刺激的感受性降低，感觉阈值增高，表现为对外界强烈的刺激产生轻微的感觉体验/完全不能感知（感觉缺失）；多见于神经系统疾病，精神科多见于抑郁发作、木僵状态、意识障碍和分离（转换）性障碍</p> <p>✚ 感觉过敏(hyperesthesia): 对刺激的感受性增高，感觉阈值降低，表现为对外界一般强度的刺激产生强烈的感觉体验；多见于神经系统疾病，精神科多见于神经症、更年期综合症</p> <p>✚ 内感性不适/体感异常(senestopathia): 是指躯体内部产生的性质不明确、部位不具体的不舒适和难以忍受的异样感觉，如牵拉、挤压、游走、蚁行感；多见于疑病症、躯体化障碍、精神分裂症和抑郁发作</p>
知觉障碍	<p>✚ 错觉(illusion)</p> <p>■ 定义：是对客观事物歪曲的知觉</p> <p>■ 可见于正常人（但被验证后可认识到自己的错误并加以纠正）；病理性错觉多表现为错听、错视，带恐怖感，见于器质性精神障碍所致谵妄状态</p> <p>■ 造成错觉的情况：①感觉条件差造成感觉刺激的水平降低；②疲劳、注意力不集中造成感觉感知的清晰度下降；③意识障碍使客体的意识水平下降；④情绪处于某种强烈的状态（如紧张、焦虑）</p> <p>✚ 幻觉(hallucination)</p> <p>■ 定义：没有外界客观刺激作用于感觉器官时出现的知觉体验，是一种虚幻的知觉</p> <p>■ 特点：①逼真的知觉体验，但并非想象；②多数来自外界</p> <p>■ 分类</p> <p>➢ 根据所涉及的感觉器官</p> <p>● 幻听（最常见）：特别是言语性幻听，也有非言语性幻听；内容多与患者相关且对之不利；见于多种精神障碍，如精神分裂症</p> <p>● 幻视：可以是简单的闪光，也可以是复杂的图像；图像比正常大时称为显大性幻觉/巨形幻视，图像比正常小时称为显小性幻觉/小人国幻视；幻视通常生动鲜明且具有恐怖性质；意识清晰时幻视多见于精神分裂症，意识障碍时幻视多见于器质性精神障碍的谵妄状态</p> <p>● 幻味：多怪味；常与被害妄想同时存在，故常拒食拒饮；多见于精神分裂症</p> <p>● 幻嗅：多难闻气味；常和幻味同时存在，单一出现的幻嗅则多见于颞叶癫痫、颞叶器质性损害</p> <p>● 幻触(tactile hallucination): 患者感到体表皮肤黏膜上有某种异样感觉，如虫爬感、针刺感、性接触感（性幻觉）；多见于精神分裂症、器质性精神障碍</p> <p>● 内脏幻觉/本体幻觉/体感幻觉: 躯体内部某一部位/某一脏器的异常知觉体验；常</p>

	<p>与疑病妄想伴随，多见于精神分裂症、抑郁发作；如言语运动性幻觉（感到唇舌在运动）、精神运动性幻觉（感到肢体/躯干在运动）、前庭性幻觉</p> <p>➢ 根据体验的来源</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 真性(genuine)幻觉：来自于外部客观空间，通过感觉器官获得的幻觉；形象鲜明、生动、逼真，如同亲眼所见、亲耳所听 ● 假性(pseudo)幻觉：存在于自己主观空间，不通过感觉器官获得的幻觉；形象通常模糊不清 <p>➢ 根据产生的条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 功能性幻觉：伴随现实刺激而同一器官出现的幻觉；正常知觉和幻觉并存 ● 反射性幻觉：伴随现实刺激而不同器官出现的幻觉 ● 入睡前(hypnagogic)幻觉：多为幻视、幻听，和梦境体验类似 ● 心因性幻觉：强烈心理因素作用下出现的幻觉，内容和心理因素有密切联系；多见于应激相关障碍、分离（转换）性障碍
感知综合障碍	<p>定义：感知综合障碍(psychosensory disturbance)是指患者对客观事物的整体属性能够正确感知，但对某些个别属性（如大小、形状）产生错误的感知</p> <p>种类</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 视物变形症(metamorphopsia)：包括视物显大症(macropsia)、视物显小症(micropsia)；多见于癫痫 ■ 自身感知综合障碍：患者感到自身某部分发生变化；多见于精神分裂症、癫痫 ■ 时间感知综合障碍：患者对时间快慢感知错误；见于正常人、情感性精神障碍 ■ 空间感知综合障碍：患者对周围事物空间感知错误 ■ 非真实感(derealization)/现实解体：患者感到周围事物和环境变得不真实，犹如隔了一层纱窗；见于抑郁发作、分离（转换）性障碍、精神分裂症

三、思维障碍

【心理学】思维(thinking)是人脑对客观事物间接、概括的反映，是人类认识活动的最高形式；包括分析、综合、比较、抽象、概括、判断、推理等基本过程；正常思维具有四大特征：①目的性；②连贯性；③逻辑性；④实践性

【症状学】

思维形式障碍	<p>思维奔逸(flight of ideas)：思维联想速度加快、数量增多、转换加速，表现为特别健谈、语速快、语量多，伴主题随境转移、音韵联想、字意联想，严重时可有思维压力感(pressure of thought)（思维不寻常增快，思维不但量大而且丰富多彩）；多见于躁狂发作</p> <p>思维迟缓(retardation)：思维联想速度减慢、数量减少、转换困难，表现为语量减少、语速慢、语音低、反应迟钝；多见于抑郁发作</p> <p>思维贫乏(poverty)：联想概念与词汇贫乏，没有什么思想，表现为寡言少语，谈话时词穷；多见于（慢性）精神分裂症、器质性精神障碍、精神发育迟滞</p> <p>思维散漫/联想散漫(loosening of associations)：表现为思维的目的性、连贯性和逻辑性障碍；患者认真讲了一段话，每句都可成立，但每句话之间无逻辑联系，以致别人不能理解其要说明什么；即使要求澄清，患者也不能表达清楚；多见于精神分裂症；严重的思维散漫称为思维破裂(splitting)，表现为语词的堆积</p> <p>语词杂拌(word salad)：语言支离破碎，句子结构不完整</p> <p>思维不连贯(incoherence)：和语词杂拌类似，但在意识障碍下出现，多见于谵妄</p> <p>思维阻隔/思维中断(blocking)：思维联想过程在无意识障碍、无外界干扰下突然发生中断；可见于精神分裂症、正常人疲劳时</p> <p>强制性(forced)思维：感到脑内涌现大量无现实意义、不属于自己的联想且不能控制</p>
--------	--

	<p>(思维自主性障碍), 多突然出现、突然消失, 内容多变; 见于精神分裂症</p> <p>✚ (病理性) 赘述(circumstantiality): 思维联想过于迂回曲折, 枝节过多; 在叙述某件事时加入许多不必要的细节以致无法使所要讲的事物/问题简明扼要, 但最终能够回答相关问题; 患者并不觉得自己说话啰嗦, 反而认为这些都是必须的内容; 见于癫痫、器质性精神障碍、老年痴呆</p> <p>✚ 语词新作(neologism): 概念的融合、浓缩、无关拼凑; 可自创出一些奇特的文字、符号、图形、语言并赋予其特殊意义, 他人无法理解; 多见于精神分裂症</p> <p>✚ (病理性) 象征性(symbolic)思维: 属于概念转换, 以无关的、不被共同理解的具体概念代替某一抽象概念, 不经患者解释, 他人无法理解; 见于精神分裂症</p> <p>✚ 持续言语(perseveration): 患者在回答问题时持续重复第一次回答的言语, 尽管提问者已经提了另外的问题; 常见于器质性精神障碍(如痴呆)</p> <p>✚ 逻辑倒错性(paralogic)思维: 推理缺乏逻辑性(无前提根据、因果倒置、推理离奇、不可理解); 见于精神分裂症、偏执狂</p>
思维内容障碍(妄想)	<p>✚ 定义: 妄想(delusion)是指在病态推理/判断基础上形成的一种病理性歪曲信念; 其内容与事实不符、与患者的文化水平和社会背景也不符、无客观现实基础, 但患者坚信不移, 难以用摆事实、讲道理的方法加以纠正; 属于思维内容障碍, 是精神病人最常见的症状之一</p> <p>✚ 注意: ①妄想内容涉及患者本人, 且与个人具有利害关系; ②妄想内容具有个体独特性, 是个体的心理现象, 并非集体信念(如迷信); ③在妄想的开始形成或消失阶段, 患者对妄想并不是始终坚信不移的, 甚至于行为可不受妄想影响; ④有些妄想内容虽符合事实, 但患者的结论并不能通过客观事实逻辑推理, 故仍是妄想的</p> <p>✚ 分类</p> <p>■ 根据妄想起源</p> <p>➢ 原发性妄想: 是一种无法以既往经历、当前处境和其它心理活动等加以解释的妄想; 如果排除器质性疾病, 原发性妄想是精神分裂症的典型症状; 常在以下妄想体验的基础上形成: ①妄想心境; ②妄想表象; ③突发性妄想观念; ④妄想知觉</p> <p>➢ 继发性妄想: 是发生在其它病理心理基础上的妄想, 或与某种经历、情境等有关的妄想; 如继发于情感障碍、知觉障碍、意识障碍、智能障碍、人格障碍、强烈精神刺激、暗示</p> <p>■ 根据妄想结构</p> <p>➢ 系统性妄想: 妄想内容前后相互联系、结构严密; 多见于偏执性精神障碍</p> <p>➢ 非系统性妄想: 妄想内容零散、内容不固定、结构不严密; 多见于精神分裂症</p> <p>■ 根据妄想内容</p> <p>➢ 被害(persecutory)妄想(最常见): 患者坚信其被跟踪、被监视、被诽谤、被隔离, 自身安全受到威胁; 多见于精神分裂症、偏执性精神障碍</p> <p>➢ 关系(reference)妄想: 患者认为周围环境中一事一物均与自己有关(牵连观念), 或具有某种特殊意义(特殊意义观念); 多见于精神分裂症</p> <p>➢ 夸大(grandiose)妄想: 患者认为自己有非凡的能力、权力、地位和成就; 多见于躁狂发作、精神分裂症、某些器质性精神障碍</p> <p>➢ 罪恶(guilt)妄想/自罪妄想: 患者坚信自己犯了严重错误/罪恶, 应受严厉惩罚, 死有余辜; 继之可出现拒食、自杀等行为; 多见于抑郁发作</p> <p>➢ 虚无(nihilistic)妄想/否定妄想: 患者认为世界或其本人均已不复存在, 一切都是虚假的; 多见于抑郁发作、精神分裂症</p> <p>➢ 疑病(hypochondriacal)妄想: 患者坚信自己患了某种严重躯体疾病或不治之症, 从</p>

	<p>而四处求医,但各种详细的检查和反复医学验证也不能纠正;多见于抑郁发作、精神分裂症、更年期/老年期精神障碍</p> <p>➤ 钟情(love, amorous)妄想:患者坚信自己被异性喜欢/钟爱,因而眷恋、追逐对方;即使遭到拒绝也毫不质疑;多见于女性精神分裂症</p> <p>➤ 嫉妒(jalousy)妄想:患者坚信自己的配偶对自己不忠,有外遇;因而经常寻觅“婚外情”的证据;多见于精神分裂症、老年痴呆</p> <p>➤ 非血统妄想:患者毫无依据地坚信自己不是父母亲生的;多见于精神分裂症</p> <p>➤ 物理影响(physical influence)妄想/被控制感(delusion of control):患者觉得其思想、情感和意志行为都受到外力的控制而不能自主;是精神分裂症的典型症状</p> <p>➤ 内心被揭露感(experience of being revealed)/被洞悉感:患者认为自己内心所想的事别人能知道,但通过何种方式则不能描述;是精神分裂症的典型症状</p>
思维 属性 障碍	<p>✚ 思维插入(insertion):患者认为自己大脑中的某些想法不属于自己,而是外界有人通过某种技术/力量放入自己的大脑,自己在被别人控制和利用;多见于精神分裂症</p> <p>✚ 思维被窃(withdrawl)/思维抽去:患者认为自己的思维没有了,被人用某种技术抽去和偷走了;临床上常表现为思维中断</p> <p>✚ 思维化声(hearing)/思维播散(broadcasting):患者思考时同时感到自己的思想在脑子里变成了言语声,自己和他人都能听到;是思维障碍+感知觉障碍;多见于精神分裂症</p>
强迫 观念	<p>✚ 定义: 强迫观念(obsession)是指在患者脑中反复持续出现的某一概念或相同内容的思维,明知不合理和没有必要,但又无法摆脱,常伴有痛苦体验;多见于强迫症</p> <p>✚ 表现</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 强迫思维(obsessional thoughts):患者反复持续出现的一些想法 ■ 强迫性穷思竭虑(obsessional ruminations):患者不停地思考,明知不必要,却又一遍一遍地想着 ■ 强迫怀疑(obsessional doubts):患者对已做的事情不停地怀疑/担忧 ■ 强迫冲动/强迫意向(obsessional impulses):患者反复出现某种冲动的欲望,虽从不付诸具体行动且有抵抗 (VS 妄想),但使患者感到非常紧张害怕 ■ 强迫回忆(obsessional reminiscence):患者对往事、经历反复回忆,明知无实际意义
超价 观念	<p>✚ 定义:超价观念(overvalued idea)是一种具有强烈情感色彩的先入之见;其发生一般均有一定事实根据,并不十分荒谬离奇,也无明显逻辑推理错误,但此种观念片面而偏激,可明显影响患者的行为及其它心理活动</p> <p>✚ 见于:人格障碍、心因性障碍</p> <p>✚ VS 妄想:前者形成具有一定的性格和现实基础,伴强烈情绪体验,内容较符合实际;可通过解释减轻/消失</p>

四、注意障碍

【心理学】注意(attention)是指个体精神活动集中地指向一定对象的过程;可分为主动注意和被动注意;正常人的注意具有三大特征:①集中性;②稳定性;③转移性

【症状学】

注意 障碍	<p>✚ 注意增强(hyperprosexia):主动注意增强,表现为过分关注某些事物;多见于偏执型精神分裂症、神经症、更年期抑郁症</p> <p>✚ 注意减退(aprosexia)/注意涣散:主动注意减退,注意不易集中或不能持久;多见于神经症、精神分裂症、儿童多动症、疲劳过度</p> <p>✚ 随境转移(distractability):被动注意明显增强;表现为其注意极易为外界事物所吸引,且注意的对象经常变换;多见于躁狂发作</p> <p>✚ 注意狭窄(narrowing of attention):注意广度和范围的显著缩小,表现为当注意集中于</p>
----------	---

	<p>某一事物时,不再注意与之相关的其它事物;即主动注意范围缩小,被动注意减弱;多见于意识障碍、智能障碍</p> <p>注意迟钝(inattentiveness): 主动注意和被动注意均减弱,外界刺激不引起患者的注意;见于衰竭状态、严重器质性精神障碍</p>
--	---

五、记忆障碍

【心理学】记忆(memory)是既往事物经验在大脑中的重现;包括识记、保持、再认和回忆;分即刻记忆、短期记忆(几分钟到1h内)、近事记忆(24~48h内)、远事记忆(24~48h外)

【症状学】

记忆障碍	<p>记忆增强(hypermnesia): 病理性的记忆增强,表现为对病前已经遗忘的、不重要的、琐碎的事都能回忆起来;主要见于躁狂症、偏执状态</p> <p>记忆减退(hypomnesia): 记忆的三个过程均普遍减退;可见于正常老年人、神经症、器质性精神障碍</p> <p>遗忘(amanesia)</p> <ul style="list-style-type: none"> 定义: 记忆痕迹在大脑中的丧失,表现为对既往感知过的事物不能回忆 分类 <ul style="list-style-type: none"> 心因性遗忘/界限性(circumscribed)遗忘/分离性遗忘: 对以往某一特定时间段的经历不能回忆(常和该时间段内的不愉快事件有关),具有高度选择性;多见于分离(转换)性障碍 器质性遗忘 <ul style="list-style-type: none"> 顺行性(anterograde)遗忘: 对紧接着疾病发生之后一段时间内的经历不能回忆;多由于意识障碍而不能识记所致,见于急性器质性脑病 逆行性(retrograde)遗忘: 对疾病发生之前一段时间内的经历不能回忆;多见于脑外伤、脑震荡、急性意识障碍;遗忘持续时间长短和脑外伤严重程度正相关 近事(recent)遗忘&远事(remote)遗忘: 正常情况下都是近事较易回忆而远事不易回忆;但脑器质性疾病时,常可引起近事遗忘甚于远事遗忘(记忆逆行规律) 遗忘综合征: 具体见后 <p>记忆错误(paramnesia): 是指由于再现歪曲而引起的记忆障碍</p> <ul style="list-style-type: none"> 虚构(confabulation): 在遗忘的基础上,患者以想象的、未曾亲身经历的事件来填补记忆的缺损;其叙述的内容常常多变、易受暗示影响、带有荒诞色彩、常瞬间遗忘;多见于各种原因所致器质性精神障碍 错构(paramnesia): 在遗忘的基础上,患者对过去所历过的事件,在发生的地点、情节、特别是在时间上出现错误的回忆,并坚信不移;多见于各种原因所致痴呆、慢性酒精中毒性精神障碍 似曾相识感&旧事如新感: 均为回忆和再认的障碍,常见于癫痫 妄想性回忆(delusional recall): 是指患者将过去(产生妄想以前)的经历和当前的妄想联系起来,剔除了回忆中和妄想内容相抵触的部分,夸大了回忆中和妄想内容可以联系的部分;常见于有妄想的患者;和错构、虚构不同,当不涉及妄想内容时,患者并无明显的记忆障碍
------	---

六、智能障碍

【心理学】智能(intelligence)是指人们获得、运用知识解决实际问题的能力,涉及感知、记忆、注意、思维等一系列认知过程;包括抽象智能、机械智能和社会智能

【症状学】精神发育迟滞、痴呆(见后)

七、定向力障碍

【心理学】定向力(orientation)是指一个人对时间、地点、人物以及自身状态的认识能力

【**症状学**】定向力障碍(disorientation)是指对环境或自身状况认识能力的丧失或错误;多见于器质性精神障碍伴意识障碍,是意识障碍的一个重要标志;精神分裂症可出现双重定向力、情感障碍

【心理学】

1. 情感(affection): 是指和人的**社会性需要**相联系的体验,具有稳定性、持久性,不一定有明显的外部表现;主要和社会心理活动相联系,是**高级**的内心体验
2. 情绪(emotion): 是指和人的**自然性需要**相联系的体验,具有情境性、暂时性和明显的外部表现;主要和机体生理活动相联系,伴明显自主神经反应,是**初级**的内心体验
3. 心境(mood): 是指一种比较**微弱而持续**的情绪状态,是一段时间内精神活动的基本背景

【症状学】

情感障碍	<p>✚ 情感性质的障碍: 是指情感的强度、持续时间和现实环境刺激不适应</p> <p>■ 情感高涨(elation): 正性情感活动明显增强,表现为不同程度的、与环境不相符的病态喜悦,自我感觉良好,常伴明显夸大色彩,易引起周围人的共鸣;多见于躁狂发作;在智能障碍基础上出现的与周围环境不相协调的情绪高涨状态称为欣快(euphoria),表情比较单调刻板,往往会给人以呆傻的感觉,多见于器质性精神障碍</p> <p>■ 情感低落(depression): 负性情感活动明显增强,表现为忧愁、心境苦闷,可有自卑、自杀观念和企图,常伴某些生理功能改变(如食欲减退);多见于抑郁发作</p> <p>■ 焦虑(anxiety): 是在缺乏相应客观刺激情况下出现的内心极度不安的期待状态,伴大祸临头的恐惧感;表现为惶惶不安、坐立不定、精神紧张,常伴自主神经功能失调的表现,严重时可有惊恐发作;多见于焦虑症;伴严重的运动性不安时称为激越状态</p> <p>■ 恐惧(phobia): 是指面临某种具体事物/处境时出现的焦虑反应;病态的恐惧是指和现实威胁不相符的恐惧反应,表现为过分害怕、提心吊胆,常伴明显自主神经功能紊乱现象和回避行为;多见于恐惧症</p> <p>✚ 情感波动性障碍</p> <p>■ 易激惹(irritability): 情感活动激惹性增高, 轻微刺激即可引起强烈情感反应;多见于疲劳状态、人格障碍、神经症</p> <p>■ 情感不稳(emotional instability): 表现为患者的情感反应极易发生变化,喜怒无常、变化莫测,而不一定有明确的外界诱因;多见于器质性精神障碍;与外界环境有关的轻度的情感不稳定可以是一种性格表现,如极易伤感多愁、呜咽哭泣,称为情感脆弱(affective fragility),多见于癔症、神经衰弱、抑郁症</p> <p>■ 情感淡漠(apathy, indifference): 对外界刺激和自身情况缺乏相应的情感反应,缺乏内心体验;表现为对事物漠不关心、面部表情呆板;多见于晚期精神分裂症;若患者对客观刺激的情感反应速度明显减慢、强度明显降低,称为情感迟钝</p> <p>■ 病理性激情(pathological passion): 是指患者骤然发生的、强烈而短暂的情感爆发状态;常伴冲动和破坏行为,事后不能完全回忆;见于器质性精神障碍等</p> <p>■ 情感麻木(emotional stupor)/木讷: 是指患者因十分强烈的精神刺激所致短暂而深度的情感抑制状态;多见于急性应激障碍、癔症</p> <p>✚ 情感协调性障碍: 是指内心体验和现实刺激/面部表情不协调,或内心体验自相矛盾</p> <p>■ 情感倒错(parethymia): 是指患者的情感反应和环境刺激相互矛盾,或面部表情和内心体验不相一致;多见于精神分裂症</p> <p>■ 情感幼稚(emotional infantility): 是指患者的情感反应退化到童年时代的水平,易受直觉和本能的影响,缺乏节制;多见于癔症、痴呆</p> <p>■ 情感矛盾(affective ambivalence): 是指患者在同一时间对同一人/事物产生两种截然不同的情感反应,但患者并不感到这两种情感的矛盾和对立,没有痛苦和不安,反而</p>
------	--

将这两种情感体验同时显露和付诸行动,使人难以理解;多见于精神分裂症

九、意志障碍

【心理学】意志(will, volition)是人自觉地确定目标,并根据目标调节支配自身的行动,克服困难,实现预定目标的心理过程;具有自觉性、果断性、自制性、坚持性的特点

【症状学】

意志障碍	<ul style="list-style-type: none"> ✚意志增强(hyperbulia): 意志活动增多;表现为在病态情感/妄想的支配下,患者持续地坚持某些行为,具有极大顽固性;多见于偏执型精神分裂症、妄想性障碍、躁狂发作 ✚意志减退(hypobulia): 意志活动减少;表现为动机不足,缺乏积极主动性和进取心,对周围一切事物缺乏兴趣;多见于抑郁发作、精神分裂症 ✚意志缺乏(abulia): 表现为对任何活动都缺乏动机、要求,生活处于被动状态,处处需要别人督促和管理,常伴情感淡漠和思维贫乏;多见于精神分裂症、精神发育迟滞、痴呆 ✚矛盾意向(ambivalence): 表现为对同一事物,同时出现两种完全相反的意向,但患者并不感到这两种意向的矛盾和对立,没有痛苦和不安;是精神分裂症的典型症状 ✚易暗示性(suggestibility): 是指患者缺乏主观意向,其思想和行为常受别人的言行影响,受别人的暗示支配,而自己不加分析和思考,盲目服从;见于癔症、催眠状态、正常人
------	--

十、动作行为障碍/精神运动性障碍

【定义】动作(movement)是指简单的随意和不随意运动;行为(behavior)是指一系列动作的有机组合,是为达到某一目的而进行的复杂的随意运动

【症状学】

动作行为障碍	<ul style="list-style-type: none"> ✚精神运动性兴奋(psychomotor excitement): 动作行为和语言活动明显增多 <ul style="list-style-type: none"> ■协调性兴奋(coherent excitement)/躁狂性兴奋: 动作行为的增加与思维情感活动协调一致,与环境密切相关,行为是有目的的、可理解的,身体各部分的动作和整个精神活动是协调的;多见于躁狂发作 ■不协调性兴奋(incoherent excitement) <ul style="list-style-type: none"> ➢定义: 动作行为的增加与思维情感活动不协调,动作单调杂乱,无动机和目的性,脱离周围现实环境,使人难以理解;多见于精神分裂症、谵妄状态 ➢种类 <ul style="list-style-type: none"> ●青春性兴奋: 动作行为无明显目的性和指向性,以致杂乱无章、不可理解,本能意向可能增强;严重时出现意向倒错,整个行为动作显得愚蠢幼稚、荒谬离奇、不能引起共鸣;常见于精神分裂症青春型 ●紧张性兴奋: 常与紧张性木僵交替出现;常见于精神分裂症紧张型 ●器质性兴奋: 动作行为杂乱,带有冲动性,甚至可出现攻击行为;常伴有不同程度智能障碍、思维活动迟缓、情感脆弱不稳;常见于脑器质性疾病患者 ✚精神运动性抑制(psychomotor inhibition): 动作行为和语言活动明显减少 <ul style="list-style-type: none"> ■木僵(stupor) <ul style="list-style-type: none"> ➢定义: 是指动作行为和言语活动的完全抑制,并经常保持一种固定姿势;轻者表现为少言、少动、表情呆滞,无人时可自动进食、自行大小便,称为亚木僵状态;重者表现为不言不语、不动、不食,面部表情固定刻板,保持一个固定姿势,大小便潴留,对刺激缺乏反应,称为僵住;见于精神分裂症、严重抑郁发作、应激障碍、器质性精神障碍、严重药物反应 ➢分型 <ul style="list-style-type: none"> ●紧张性木僵(catatonic stupor): 是紧张综合征最常见的一类运动性抑制表现;程度不一,可出现蜡样屈曲、空气枕头;但意识清晰、事后能回忆发作过程;常见
--------	---

	<p>于精神分裂症紧张型</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 心因性木僵(psychogenic stupor): 突然的严重的精神刺激所致, 伴自主神经功能失调症状; 可有轻度意识障碍, 一般维持时间很短 (环境改变/外因消除后即可消失), 事后常不能完全回忆 ● 抑郁性木僵: 常由严重抑郁发作所致; 患者反应极其迟钝, 在木僵发生前后尚有抑郁表现, 有时可有消极观念/行为; 患者的表情/姿势与其内心体验是一致的 ● 器质性木僵: 见于脑部疾病, 特别是第三脑室和丘脑病变; 除木僵/亚木僵表现外, 尚有上述器质性疾病的表现 <ul style="list-style-type: none"> ■ 蜡样屈曲(waxy flexibility): 患者静卧/呆立不动, 但身体各部位可任人摆布, 即使是极不舒服的姿势, 也能较长时间和蜡塑一样维持不动; 患者意识清楚, 事后能回忆, 只是当时不能抗拒; 若患者平躺时将其枕头取走, 仍能长时间保持头部抬高的姿势不变 (“空气枕头”); 多见于精神分裂症紧张型 ■ 缄默症(mutism): 言语活动的明显抑制; 表现为缄默不语, 不回答任何问题, 有时可以手示意; 多见于分离 (转换) 性障碍、精神分裂症 ■ 违拗症(negativism): 指患者对他人的要求加以抗拒; 包括主动违拗 (不仅拒绝, 还作出相反动作)、被动违拗: 当口水也不咽下、大小便也不解时称为生理性违拗; 多见于精神分裂症紧张型, 常在木僵的基础上出现 <p>✚ 某些特殊状态</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 刻板言动(stereotyped speech and act): 指患者机械刻板地、无目的地反复重复某一单调的动作和言语, 可自发产生, 也可因提示产生; 多见于精神分裂症、孤独症 ■ 持续言动(perseveration): 指患者对一个有目的而且已完成的言语/动作进行无意义的重复; 多见于器质性精神障碍 ■ 模仿言动(echolalia and echopraxia): 指患者无目的地模仿别人的动作和言语; 多见于精神分裂症、器质性精神障碍 ■ 作态(mannerism)/装相: 指患者用一种不常用的表情、姿势或动作来表达某一有目的的行为; 如做出古怪的、愚蠢的、幼稚的动作、姿势、步态和表情; 多见于精神分裂症、器质性精神障碍 ■ 强迫动作(compulsion): 指患者明知没有必要, 却难以克制的去重复做某种动作行为; 如果不重复, 患者往往焦虑不安, 多与强迫思维有关; 常见于强迫症、精神分裂症 ■ 冲动行为(impulsive behavior): 指突然产生、通常引起不良后果的行为; 常见于人格障碍、精神分裂症, 正常人也可能出现 <p>✚ 异常的本能行为: 如自杀、饮食障碍、睡眠障碍、性功能障碍</p>
--	---

十一、意识障碍

【心理学】意识(consciousness)是指个体对周围环境、自身状态感知的清晰程度和认识反应能力; 是人们指挥活动、随意运动和意志行为的基础

【症状学】**意识障碍的临床特点**: ①感知觉清晰度下降、迟钝, 感觉阈值升高; ②注意难以集中, 记忆减退, 出现遗忘/部分遗忘; ③思维迟钝、不连贯; ④理解困难, 判断能力下降; ⑤情感反应迟钝、茫然; ⑥行为动作迟钝、缺乏目的性和指向性; ⑦定向障碍 (判断有无意识障碍的重要标志)

意识障碍	<p>✚ 意识清晰度降低</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 嗜睡(somnolence): 意识清晰度降低较轻微, 在安静时常昏昏入睡; 有刺激时可立即醒来, 并能进行简单应答, 但停止刺激后又入睡; 患者的吞咽反射、瞳孔对光反射、角膜反射存在 ■ 昏睡(sopor): 意识清晰度更低, 表现为定向力丧失, 言语消失; 对一般刺激无反应,
------	--

	<p>仅强刺激才可引起防御性反射（如压眶反射仍可阳性）；角膜、对光反射减弱，深反射亢进，病理反射阳性，可出现不自主运动和震颤</p> <p>■ 昏迷(coma)：意识完全消失，以痛觉反应和随意运动消失为特征；对任何刺激均不能引起反应，吞咽、防御、对光反射消失，可出现病理反射</p> <p>■ 意识混浊(clouding of consciousness)/反应迟钝状态：意识清晰度轻度受损，表现为似醒非醒、反应迟钝、思维缓慢，只能回答简单问题；存在定向力障碍；但吞咽、角膜、对光反射仍存在，可出现强握、吸吮等原始反射</p> <p>✚ 意识清晰度降低伴范围缩小/内容变化</p> <p>■ 谵妄状态(delirium states)：意识清晰度降低的同时出现意识内容改变，表现为大量幻觉、错觉（多恐怖性），产生精神运动性兴奋、定向力丧失，往往昼轻夜重，事后可部分/全部遗忘</p> <p>■ 梦样状态(oneiroid states, dream-like states)：在意识清晰程度降低的同时出现梦样体验；表现为外表似乎清醒，但完全沉湎于幻觉、幻想中，和外界失去联系，有时候对梦样内容可部分回忆；包括迷茫状态、困惑状态、梦呓状态；可见于睡眠剥夺、过度疲劳、精神分裂症、致幻剂</p> <p>■ 朦胧状态(twilight states)：意识清晰度轻度降低，意识范围缩小；表现为患者在狭窄的意识范围内可有相对正常的感知觉，并能作出相应反应，但对其它事物感知困难；常突然发作/终止，事后部分/全部遗忘；可见于器质性疾病和心因性疾病</p>
--	--

十二、自我意识障碍

【心理学】

1. 自我意识(self-consciousness)/自我体验：是指个体对自己精神状况和躯体情况的认识
2. **自知力(insight)/领悟力/内省力**：是指患者对自己精神状况/疾病的认识和判断能力；有自知力的判断标准：①意识到出现了别人认为是异常的现象；②自己认识到这些现象是异常的；③认识到这些异常是自己精神疾病所致；④意识到治疗是必须的

【症状学】

自我意识障碍	<p>✚ 人格解体(depersionalization)：是指患者感到自身已有特殊的改变，甚至已不存在了；感到世界正变得不真实/不复存在（现实解体）；有时感到自己丧失和他人的情感共鸣；多见于抑郁症、精神分裂症、神经症</p> <p>✚ 双重人格(double personality)：是指患者在不同的时间体验到两种完全不同的心理活动，有着两种截然不同的精神生活，是自我单一性的障碍；多见于癔症、精神分裂症</p> <p>✚ 自我界限障碍(self boundary disorder)：患者不能将自我和周围世界区别开来，因而感到精神活动不再属于自己所有；可有思维播散、被控制感；是精神分裂症的典型症状</p> <p>✚ 自知力缺乏(lack of insight)：是指患者对自己精神状况/疾病的认识和判断能力的缺乏；神经症患者自知力一般保持完整；重性精神障碍患者的自知力一般是缺乏的（重要标志）</p>
--------	--

十三、常见精神疾病综合征

精神疾病综合征	<p>✚ 幻觉妄想综合征(hallucinatory-paranoid syndrome)：以幻觉为主，并在此基础上产生相应的妄想；幻觉和妄想联系紧密，且相互影响；多见于精神分裂症，也可见于器质性精神障碍和精神活性物质所致精神障碍</p> <p>✚ 情感综合征</p> <p>■ 躁狂综合征(manic syndrome)：以情感高涨、思维奔逸和活动增多为特征；主要见于躁狂发作、器质性精神障碍；某些药物如糖皮质激素、抗抑郁药也可引起类似发作</p> <p>■ 抑郁综合征(depressive syndrome)：以情感低落、思维迟缓和活动减少为特征；主要见于抑郁发作、器质性精神障碍；某些药物如利血平等也可引起类似发作</p>
---------	--

✚ **紧张综合征**(catatonic syndrome): 最突出的症状是患者全身肌张力增高; 可见于精神分裂症紧张型、抑郁发作、急性应激障碍、器质性精神障碍、药物中毒

■ 紧张性木僵: 常有违拗症、刻板言动、模仿言动、蜡样屈曲、缄默症; 可持续数周至数月, 可突然转入紧张性兴奋

■ 紧张性兴奋: 持续时间短暂, 常为突发兴奋和暴力行为, 然后又突然进入木僵/缓解

✚ **遗忘综合征**(amnesic syndrome)/**柯萨可夫(Korsakoff)综合征**

■ 是由脑器质性病变所致的**选择性/局灶性认知功能障碍**

■ 病因: 多见于下丘脑后部损伤, 特别是**酒精中毒性精神障碍** (硫胺/维生素 B₁ 缺乏最常见)、**颅脑损伤**所致精神障碍、脑肿瘤

■ 临床表现: 患者**无意识障碍、智能相对完好**, 主要表现为**严重的近事遗忘** (核心症状) + **定向力障碍+虚构**; 常与韦尼克脑病一起发生

■ 鉴别诊断

➢ 心因性遗忘: 多为逆行性/界限性遗忘; 且常与严重的创伤性事件有关

➢ 一过性全面性遗忘: 突然发作的全面遗忘 (特别是近事遗忘); 发作数分钟~数小时; 系大脑半球后部/下颞叶一过性缺血所致

✚ **急性脑病综合征**: 见“谵妄”

✚ **慢性脑病综合征/痴呆综合征**: 以痴呆为主要表现, 伴慢性精神病症状和明显的人格改变、遗忘综合征, 但**通常无意识障碍**

✚ **脑衰弱综合征**: 主要表现为易感疲劳、虚弱、思维迟缓、注意力不集中、情绪不稳定、情感脆弱, 常伴头晕、头痛、感觉过敏、出虚汗、心悸、睡眠障碍; 常见于器质性疾病的初期、恢复期或慢性器质性疾病的过程中

✚ **缩阳综合征&缩阴综合征**: 是一种急性焦虑反应 (心因性障碍); 表现为男性害怕自己的阴茎缩小, 甚至缩至腹内, 以致死亡; 女性则表现为害怕乳房和阴唇缩小; 偶见于抑郁症和苯丙胺中毒

✚ **易人综合征/Capgras 综合征**: 由法国精神病学家 Capgras 提出; 患者认为他周围某个非常熟悉的人 (多为自己的亲人) 是其他人的化身; 这种情况并非感知障碍, 因为患者认为周围人的外形并无改变/稍有改变; 实质是**偏执型妄想**, 见于精神分裂症

✚ **虚无妄想综合征/替身综合征/Cotard 综合征**: 患者感到自己已不复存在, 或是一个没有五脏六腑的空虚躯壳; 多见于**高龄的抑郁症** (特别是伴激越性症状者), 也可见于精神分裂症、心境障碍、老年痴呆

第三节 精神障碍的检查和诊断

一、(诊断性) 交谈(diagnostic interview)

二、病史

1. 目的: ①了解患者的主要异常表现, 本次病情和既往病情的异同之处, 既往的治疗情况; ②了解患者的既往生活经历、人格特征、家庭和社会关系; ③确定病史资料的可靠性; ④消除患者和家属的疑问和顾虑, 建立相互信任、良好的医患关系

2. 内容: ①一般资料; ②主诉; ③现病史: 发病因素、发病形式和病期、病情演变、既往诊疗情况、鉴别诊断、一般情况; ④家族史: 家族遗传史、家庭情况; ⑤个人史: 如母亲怀孕和本人出生情况、早期发育和健康状况、教育情况、工作情况、婚恋经历和家庭状况、病前性格 (成年患者最重要的部分); ⑥过去史: 疾病史、药物过敏史

三、精神检查

1. 合作患者的精神检查

(1)**一般表现**: 外表、意识状态、定向力、与周围的接触、日常生活

(2) **认知活动**: 感觉、言语、思维、注意力、记忆力、智能、自知力

(3) **情感活动**: 客观表现、主观体验

(4) **意志行为**

2. 特殊情况的精神检查

(1) 兴奋、木僵、不合作者: 注意一般表现、言语、表情、姿势和动作行为

(2) 意识障碍: 重点检查意识状态和记忆力

四、量表评估

1. 症状量表

(1) 评定精神病性症状: 简明精神病量表(BPRS)、阳性和阴性症状量表(PANSS)

(2) 评定抑郁症状: 流行病学调查用抑郁自评量表(CES-D)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、抑郁自评量表(SDS)

(3) 评定躁狂症状: Bech-Rafaelsen 躁狂量表(BRMS)

(4) 评定焦虑症状: 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、焦虑自评量表(SAS)

(5) 检测精神疾病相关问题和筛查认知缺陷: 一般健康问卷(GHQ)、SCL-90、简易智力状态检查(MMSE)

2. 诊断量表: 神经精神病学临床评定表(SCAN)

3. 智力测验: 最常用的是韦氏成人智力量表(WAIS)

4. 人格测验: 最常用的是 MMPI

五、特殊检查

第四节 精神障碍的分类和诊断标准

一、精神障碍的分类

1. 方法

	病因病理学分类	症状学分类
依据	根据病因、病理生理学建立诊断	根据症状/综合征建立诊断
特点	病因不变, 症状可变, 诊断不变; 同一病因可有不同的症状, 类似的症状可有不同的病因	症状/综合征改变则诊断也改变; 病因不同但症状相似的不同疾病会得出相同的诊断
亚型	同一病因可有不同综合征	同一症状/综合征可有不同病因
优点	有利于病因治疗	有利于对症治疗

2. 常用的分类系统

(1) 疾病和有关健康问题的国际统计分类 (ICD 系统): ICD-10

(2) 美国精神障碍统计与诊断手册 (DSM 系统): DSM-IV (2013 年颁布了 DSM-5)

(3) 中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD 系统): CCMD-3

二、精神障碍的诊断标准

1. 内涵标准: 症状学 (最基本; 包括必备症状+伴随症状)、病情严重程度、功能损害、病期、特定亚型、病因学

2. 排除标准

★注意: 为了尽量保证精神疾病的单一诊断, 常需对疾病诊断进行等级排列; 首先按照疾病症状严重性的金字塔排列方式分主次, 从顶到底分别为: 器质性障碍、精神分裂症、心境障碍、神经症、人格障碍, 当符合等级较高的标准时就不要等级较低的诊断; 其次按当前急需处理、治疗的疾病分主次

第二章 器质性精神障碍

【定义】器质性精神障碍(organic disorders): 是指具有明确的生物学病因/发病和生物学因素密切相关的、由于脑部/躯体疾病所致精神障碍; 前者常又称为脑器质性精神障碍

第一节 常见的临床综合征

一、谵妄(delirium)

【定义】一组急性、一过性、广泛性的认知障碍, 尤以意识障碍为主要特征(波动性、昼轻夜重), 尚有记忆障碍和定向障碍, 伴幻觉、错觉、情绪和行为障碍; 常伴随躯体疾病发生; 因急性起病、病程短暂、病情发展迅速, 故又被称为“急性脑综合征(acute brain syndrome)”

【流行病学】最常见于老年人(年龄是最肯定的危险因素); 综合医院发生率为 10~30%

【病因】感染、药物过量、中毒、代谢障碍性疾病、中枢神经系统疾病、营养缺乏等; 主要包括四类: ①躯体症状性疾病继发性影响大脑; ②原发性颅内疾病; ③外源性有毒因素; ④物质滥用/戒断

【病理】①多种神经递质含量变化(如胆碱能减退、多巴胺能亢进、大分子中性氨基酸利用能力下降); ②脑代谢降低; ③应激激素升高; ④感觉刺激信息不足(故夜晚重)

【临床表现】

特点	多急性起病, 症状变化大/波动性病程(最明显特征), 常持续数小时~数天; 典型者可在 10~12d 完全恢复正常, 仅少数需要特殊治疗
表现	<ul style="list-style-type: none"> 意识障碍: 最重要症状; 常昼轻夜重; 当出现注意力不集中和定向力障碍时可识别 行为: 可表现为过度活跃, 也可表现为过度抑制; 可出现逃避、自伤、伤人行为; 睡眠常受影响, 睡眠觉醒周期紊乱是谵妄的基本特征 思维: 缓慢而混乱, 但常涉及复杂内容; 表现为一过性牵连观念和妄想 感知觉: 感觉过敏(特别是声光)、幻/错觉(以视幻/错觉为主, 多恐怖性) 记忆: 以瞬时记忆障碍为主; 意识恢复后常部分/全部遗忘 自知力: 受损 情感: 恐怖、焦虑、抑郁、愤怒、欣快; 易变化
分型	<ul style="list-style-type: none"> 活跃型: 对刺激过度敏感, 表现为烦躁不安、激动、活动增加, 伴交感神经功能亢进表现, 甚至有幻觉和妄想 安静型: 警觉性下降, 嗜睡, 活动受抑制

【诊断】CCMD-3 诊断标准:

1. 症状标准

(1)不同程度的意识障碍和注意受损

(2)精神运动性障碍, 至少 4 选 1: ①不可预测地从活动减少迅速转到活动过多; ②反应时间延长; ③语速增快/减慢; ④惊跳反应增强

(3)睡眠-觉醒周期紊乱

(4)全面的认知障碍, 至少 4 选 3: ①错觉/幻觉; ②思维不连贯、抽象思维和理解力受损, 可有妄想; ③即刻记忆和近记忆受损, 远记忆相对完整; ④时间定向障碍, 严重时可有人物和地点定向障碍

(5)情感障碍

(6)躯体疾病/脑部疾病史, 大脑功能紊乱的依据(如 EEG 异常)也有助于诊断

2. 严重标准: 日常生活和社会功能受损

3. 病程标准: 往往迅速起病, 病情每日波动, 总病程不超过 6 个月

4. 排除标准: 排除其它可导致意识障碍的器质性疾病

【鉴别诊断】

1. 痴呆

		谵妄	痴呆
起病		急性	缓慢
病程		波动性, 昼轻夜重	稳定或进展 (MS 除外)
病期		数小时~数周	数月~数年
临床表现	意识	受损	清晰
	注意力	分散	一般不受影响
	记忆	即刻记忆受损	近、远记忆受损
	思维	散漫	贫乏
	感知觉	紊乱常见	紊乱不常见
	警觉性	常受损	正常
	情感	伴发焦虑	伴发抑郁
去除病因		可逆	不可逆
EEG		快波活动或广泛慢波	多正常

2. 精神病: 认知功能损害少见、EEG 一般正常; 但当实验室检查结果不支持有器质性改变时, 应当考虑精神病的可能性; 当精神病引起谵妄症状时, 称为**假性谵妄**

【临床评估】常用简明精神状态检查(MMSE) (定量认知的削弱情况)、谵妄分级量表

【治疗】

病因治疗	治疗成败的关键
支持治疗	如维持水电解质平衡、营养支持
对症治疗	<p>✚ 尽可能少用药物, 即使用也应短期小剂量</p> <p>✚ 当病人极度痛苦且有行为紊乱时, 在仔细观察的情况下可予以抗精神病药 (但不主张使用安定类和氯丙嗪类药物)</p>

二、痴呆(dementia)

【定义】是指智力发育成熟以后, 由于各种原因损害原有智能所致严重的、持续的认知障碍, 主要表现为智力减退状态, 伴不同程度人格改变, 但无意识障碍; 其发生往往具有脑器质性病变的基础; 65 岁之前发生痴呆时称为早发性痴呆

【病因】①神经系统变性: AD (50%) 和 VD (20%) 是主要病因; ②正常颅压脑积水; ③颅内肿瘤; ④空间占位性损伤: 如慢性硬膜下出血、慢性脑脓肿; ⑤创伤; ⑥感染; ⑦中毒; ⑧缺氧; ⑨维生素缺乏; ⑩代谢: 如糖尿病、库欣综合征; ⑪内分泌: 如甲减、甲旁减

【临床表现】起病隐匿

基本表现	<p>✚ 认知: 认知功能障碍是核心症状; 记忆减退是必备且早发的症状, 尤其是近事记忆; 晚期可出现计算不能、定向障碍 (先出现时间定向障碍)</p> <p>✚ 行为: 典型表现为丧失主动性和兴趣减退; 对自己熟悉的工作不能完成, 晚期生活不能自理</p> <p>✚ 心境: 早期可能出现焦虑、易激惹、抑郁; 后期对任何反应都会变得平淡</p> <p>✚ 思维: 思维迟缓、内容缺乏; 抽象思维困难、灵活性减退</p> <p>✚ 感知觉: 错觉、幻觉</p> <p>✚ 自知力: 缺乏</p>
分类	<p>✚ 真性痴呆</p> <p>■ 全面性痴呆: 多由弥漫性器质性损害引起, 表现为智能活动的各方面均受损, 常有人格改变、定向力障碍、自知力缺乏; 多见于老年痴呆、梅毒性痴呆</p> <p>■ 部分性痴呆: 大脑的病变只侵犯脑的局部, 患者可只产生记忆力减退, 理解力削弱或分析综合困难等, 但其人格仍保持良好、定向力完整、有一定的自知力; 多见于 VD、脑外伤后痴呆的早期</p>

✚ 假性痴呆(pseudodementia)

■ 定义：在强烈的精神创伤后，部分患者可产生一种类似痴呆的表现，而大脑组织结构并无任何器质性损害；经治疗后，痴呆样表现很容易消失；多见于分离（转换）性障碍、应激障碍

■ 种类

➢ **刚塞(Ganser)综合征**/心因性假性痴呆：是分离（转换）性障碍的一种特殊类型；表现为能理解简单问题但却给予近似而错误的回答（核心症状），往往给人以故意/开玩笑的感觉；行为方面也可出现异常，如将钥匙倒过来开门；但对某些复杂问题，却能给出正确应付，一般生活也能自理；可伴幻觉、意识朦胧和定向障碍

➢ **童样痴呆(puerilism)**：以行为幼稚、模仿幼儿的言行为特征；表现为说话嗲声嗲气、含糊不清，犹如刚学说话的幼儿，行为动作稚气十足

➢ **抑郁性假性痴呆(depressive dementia)**：患者在精神运动性抑制的情况下，出现认知功能的降低，表现为注意力不集中、计算/记忆/理解判断能力下降；回答问题时表现出迟钝和不合作；多见于老年性抑郁患者

【诊断】

1. ICD-10 诊断标准：①脑部疾病所致一种综合征，通常为慢性（**病程超过 6 个月**），或进行性记忆障碍，同时具有以下一种/多种大脑皮质功能障碍（思维、定向、理解、计算、学习、语言、判断）；②意识清楚；③认知功能通常伴情绪控制、社会行为/动机退化，对个人生活能力有影响，其性质取决于患者所处的社会和文化环境

2. 痴呆综合征的诊治步骤：初诊（认知功能障碍）→病史采集（认知功能、生活和行为能力）→体格检查（特别是有无神经系统阳性体征）→认知功能检查→辅助检查→确定痴呆的诊断→确定痴呆亚型

3. 鉴别诊断

	真性痴呆	假性痴呆
病前精神创伤	一般无	多有
起病	缓慢渐隐、进展慢	急骤、进展快
症状	不可逆	可逆
检查	合作	不合作、夸张做作
智力缺陷程度	和实际行为平行	和实际行为不平行
实验室检查	有器质性疾病证据	无器质性疾病证据

【治疗】病因治疗、支持治疗、药物治疗

三、特异性器质性精神科综合征

如遗忘综合征、器质性人格障碍、器质性心境障碍、器质性精神病性症状、器质性神经症样综合征

第二节 脑器质性精神障碍

一、概述

【特点】①由于脑部病理/病理生理改变所致精神障碍；②有脑部疾病、损伤、功能不全的证据；③脑部病变和精神症状发生在时间上相关；④精神障碍可随脑部疾病变化而变化；⑤精神症状无特异性

【治疗】①病因治疗为主；②积极对症、支持治疗；③选用不良反应较小的抗精神病药物，小剂量、短期治疗，精神症状缓解后逐渐停用；④避免使用会加重原发脑部疾病的药物

二、分论

1. 阿尔兹海默病(AD)

(1)定义：是一种中枢神经系统原发性退行性疾病，常起病于老年期/老年前期，进展缓慢；病理表现为大脑弥漫性萎缩、神经细胞变性坏死、老年斑、神经原纤维缠结；分早发型、晚发型、家族性、散发性；早期表现为近记忆减退，晚期发展为不可逆的痴呆综合征

(2)注意概念——**轻度认知功能障碍(mild cognitive impairment, MCI)**：是 AD 发生痴呆前的一个阶段，表现为记忆力轻度受损，学习和保存新知识的能力下降，其它认知域（如注意力、执行能力、语言能力和视空间能力）也可出现轻度受损，但不影响基本日常生活能力，达不到痴呆的程度

(3)AD VS VD

	AD	VD
起病形式	缓慢	较急
高血压病史	无	常有
病程	进行性缓慢进展	波动性、阶梯式加重
早期症状	近记忆障碍、人格改变	人格保持较好
精神症状	全面性痴呆（判断力、自知力丧失）；情感淡漠/欣快多见	局限性痴呆（以记忆障碍为主，判断力、自知力较好）；情感不稳/脆弱多见
神经系统	早期多无局限性症状/体征	存在局限性症状/体征
脑影像学	弥漫性脑皮质萎缩	多发梗死、腔梗、软化灶
Hachinski 评分	<4 分	>7 分

2. **血管性痴呆(vascular dementia, VD)**：是指由于脑血管病变所致的痴呆，也称多发性梗塞性痴呆；是老年期痴呆的第二位原因；**颅外动脉栓子**是主要原因；起病相对较急，一般在脑卒中后痴呆症状变得明显，病程呈**波动性、阶梯式加重**；智能障碍可仅累及部分认知功能而呈“斑片状”，情感症状较为常见

3. **麻痹性痴呆(dementia paralytica)**：是由梅毒螺旋体侵犯大脑引起的一种晚期梅毒的临床表现，以神经麻痹、进行性痴呆和人格障碍为特点；起病隐匿，早期以神经衰弱综合征常见，继而出现日趋严重的智能和人格障碍；常有**阿-罗瞳孔**

第三节 躯体疾病所致精神障碍

【分类】躯体感染所致、内脏疾病所致、内分泌/代谢疾病所致、结缔组织疾病所致

【临床表现】

表现	意识障碍、认知障碍、人格改变、精神病性症状、情感症状、神经症样症状或以上症状的混合状态；患者常有日常生活能力、社会功能的受损
共性	<ul style="list-style-type: none"> 精神障碍和原发躯体疾病的病情严重程度呈平行关系，发生时间上常有先后关系 急性躯体疾病常引起意识障碍，慢性躯体疾病常引起智能障碍、人格改变（也可由急性期迁延而来）；在急性期、慢性期、迁延期均可叠加精神病性症状、情感症状、神经症症状；精神症状多发生于躯体疾病高峰期 多昼重夜轻，并随躯体症状的变化而变化 积极治疗原发病并及时处理精神障碍，可使精神症状好转
个性	<ul style="list-style-type: none"> 心脑综合征 肺脑综合征：是由严重的肺部疾病所致精神障碍的总称；主要和低氧血症和高碳酸血症有关；临床表现包括意识障碍（最主要）、脑衰弱综合征、精神病性症状；高龄/动脉硬化患者，当意识障碍消除后可出现欣快、多言、近事遗忘、虚构、错构等症状 肝脑综合征：是由严重的肝脏疾病所致精神障碍的总称；分为前驱期、昏迷前期、昏迷期、昏迷期，但临床表现可相互重叠 肾脑综合征

【诊断】①有躯体疾病的证据，并且已有文献报道这种躯体疾病可引起精神障碍；②有证据显示精神障碍系该躯体疾病所致；③精神障碍的表现不典型，难以构成典型的功能性精神障碍的诊断

【治疗】

病因治疗	
支持治疗	纠正内环境紊乱、营养支持、加强脑保护
控制精神症状	使用精神药物时要慎重，起始剂量应更低，剂量应逐渐增加；当症状稳定时，应考虑逐渐减少剂量
护理	

第三章 精神活性物质所致精神障碍

第一节 概述

【概念】

精神活性物质 (psychoactive substances)	是指能够影响人类情绪、行为，改变意识状态，并有致依赖作用的一类化学物质的总称；人们使用这类物质的目的在于取得/保持某些特殊的心理生理状态
依赖 (dependence)	<p>定义：是一组由于反复使用精神活性物质所致认知、行为和生理症状群，包括对精神活性物质的强烈渴求、难以控制、持续使用，使用者尽管明白滥用成瘾物质会带来问题，但仍然继续使用；自我用药导致耐受性增加、戒断症状、强制性觅药行为</p> <p>分类</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 躯体依赖/生理依赖：是由于反复用药所致一种病理性适应状态，以致需要精神活性物质在体内持续存在，否则机体就不能正常工作；主要表现为耐受性增加和戒断症状 ■ 心理依赖/精神依赖：是使用者对精神活性物质的强烈渴求，以期服用后产生一种愉快满足/欣快感
滥用 (abuse)	<p>是一种适应不良方式，由于反复使用药物导致了明显的不良后果</p> <p>滥用强调的是不良后果，滥用者无明显耐受性增加/戒断症状，反之就是依赖状态</p>
耐受性 (tolerance)	<p>定义：是指反复使用某种精神活性物质后，其效应逐渐降低；使用者必须增加使用剂量方可获得所需效果或使用原来的剂量则达不到使用者所追求的效果的一种状态</p> <p>交叉耐受性：是指对某种精神活性物质产生耐受，对同类精神活性物质也产生耐受</p>
戒断状态 (withdrawal state)	是指停用药物/减少使用剂量/使用拮抗剂占据受体后所产生的特殊的心理生理症状群；本质是由于长期用药后，突然停药所致适应性反跳；一般表现为与所使用药物的药理作用相反的症状，包括精神症状、躯体症状和社会功能受损

【分类】中枢神经系统抑制剂（如巴比妥类、酒精、苯二氮䓬类）、中枢神经系统兴奋剂（如咖啡因、苯丙胺类、可卡因）、大麻、致幻剂（如氯胺酮、麦角酸二乙酰胺(LSD)、阿片类（如海洛因、吗啡、美沙酮、二氢埃托啡、哌替啶）、挥发性溶剂（如丙酮、甲苯）、烟草

【滥用的相关因素】

社会因素	①容易获取；②家庭因素；③同伴影响；④文化背景、社会环境
------	------------------------------

心理因素	反社会性、情绪控制能力较差、易冲动、缺乏有效的防御机制、追求即刻满足
生物因素	<ul style="list-style-type: none"> 位于边缘系统的犒赏系统是药物依赖性的结构基础，单胺类等递质变化是精神活性物质作用的直接后果 对精神活性物质的代谢速度不同 遗传学因素

第二节 药物所致精神障碍

一、阿片类

【药理作用】镇痛、镇静、致欣快、抑制呼吸中枢、抑制胃肠蠕动、**兴奋呕吐中枢**、抑制咳嗽中枢、缩瞳作用

【临床表现】

依赖性	<ul style="list-style-type: none"> 初次使用阿片类物质时，多出现不愉快体验；但重复用药后，不适感逐渐减轻/消失，快感逐渐显露；但以后随着用药次数增加，快感逐渐减弱/消失，此时持续用药主要是为了避免戒断反应 平均使用 1 个月便可形成依赖（心理依赖、躯体依赖）
戒断综合征	<ul style="list-style-type: none"> 出现时间 <ul style="list-style-type: none"> 短效药物（如吗啡、海洛因）：停药后 8~12h 出现，极期在 48~72h，持续 7~10d 长效药物（如美沙酮）：停药后 1~3d 出现，极期在 3~8d，持续数周 典型表现 <ul style="list-style-type: none"> 客观体征：血压升高、脉搏增快、体温升高、鸡皮疙瘩、瞳孔散大、流涕、震颤、腹泻、呕吐、喷嚏、失眠 主观症状：恶心、肌肉疼痛、骨痛、腹痛、不安、食欲差、疲乏、发热、发冷、渴求药物 在戒断综合征的任何时期，恢复使用阿片类物质，可迅速消除上述症状
过量中毒	<ul style="list-style-type: none"> 急性中毒：明显不适当行为/心理改变，严重时出现瞳孔缩小伴嗜睡/昏迷、言语不清、注意力和记忆力损害，甚至昏迷、呼吸抑制、针尖样瞳孔 慢性中毒：可出现肺水肿、呼吸衰竭，伴皮肤发绀、发冷、体温/血压下降

【预后】影响阿片类物质依赖的预后因素：**环境因素、患者性格特征、使用方法、具体阿片类物质种类**

【治疗】

脱毒治疗	<ul style="list-style-type: none"> 替代治疗：如美沙酮、丁丙诺啡；根据患者的躯体反应逐渐减量，原则是只减不加、先快后慢、限时完成 非替代治疗：如可乐定、中医药
脱毒后治疗	<ul style="list-style-type: none"> 防止复吸：如纳曲酮，在脱毒治疗结束 7~10d 后方可开始 社会心理干预
维持治疗	美沙酮、社会心理康复治疗
过量中毒	保证足够肺通气（ 首要抢救措施 ）、给予 纳洛酮

二、镇静催眠和抗焦虑药

【临床表现】

中毒症状	类似醉酒：冲动/攻击行为、情绪不稳、判断失误、说话含糊不清、共济失调、站立不稳、眼球震颤、记忆受损、昏迷
戒断症状	<ul style="list-style-type: none"> 巴比妥类：较严重；停药后 12~24h 内陆续出现厌食、乏力、焦虑不安、头痛、失眠、肢体粗大震颤；停药后 2~3d 达顶峰，出现呕吐、体重锐减、心动过速、血压下降、全身肌肉抽搐、高热谵妄

	✚ 苯二氮䓬类：不如巴比妥类严重
--	------------------

【治疗】脱毒治疗替代药物首选**长效的同类药物**

三、苯丙胺类(ATS)

【概述】包括苯丙胺（安非他命）、甲基苯丙胺（冰毒）、3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（摇头丸）、麻黄碱、芬氟拉明、哌甲酯、匹莫林、伪麻黄碱等

【临床表现】

药理作用	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 中枢神经系统兴奋作用、致欣快作用：作用于儿茶酚胺神经系统突触前膜，促进递质释放、阻止递质再摄取、抑制 MAO ✚ 过程：快感→苯丙胺沮丧期→快感…… ✚ 药物的正性强化作用是持续使用苯丙胺类物质的主要原因
急性中毒	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 轻度：瞳孔扩大、血压升高、脉搏加快、出汗、口渴、呼吸困难、震颤、反射亢进、头痛、兴奋躁动 ✚ 中度：精神错乱、谵妄、幻听、幻视、被害妄想 ✚ 重度：心律失常、痉挛、循环衰竭、出血/凝血、高热、胸痛、昏迷、死亡
长期使用	分裂样精神障碍 、躁狂-抑郁状态、暴力/伤害倾向
戒断症状	无

【治疗】

精神症状	停止吸食、肌注氟哌啶醇
躯体症状	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 恶性高热：物理降温、肌肉松弛 ✚ 冠状动脉痉挛：是引起心肌梗死最常见原因；治疗时使用 CCB

四、氯胺酮

【临床表现】

药理作用	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 抑制丘脑-新皮层系统，选择性阻断痛觉 ✚ 分离麻醉：痛觉消失，但意识模糊（不完全丧失），呈浅睡状态，对外界刺激反应迟钝（意识和感觉分离）
急性中毒	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 精神症状：兴奋、话多、自我评价过高、冲动；紧张、焦虑、恐惧；剂量较大时出现意识清晰度↓、定向障碍、谵妄；严重时出现昏迷 ✚ 躯体症状：心悸、气急、大汗淋漓、血压增加、眼球震颤、肌肉僵直、共济失调，严重时出现高热、抽搐发作、颅内出血、呼吸循环抑制
精神病性症状	和精神分裂症类似
认知功能障碍	
泌尿系统损害	较为常见，主要为全尿路炎性损害

第三节 酒精所致精神障碍

【发病因素和病理机制】

1. 遗传因素：具有明显的家族聚集性
2. 代谢和营养：乙醛大量蓄积可引起“酒精红晕反应”；慢性酒中毒患者常可引起维生素缺乏（**硫胺/维生素 B₁** 最常见，其次为叶酸、烟酸、维生素 B₁₂）
3. 中枢神经系统：①5-HT 功能低下；②酒精刺激大脑的伏隔核，引起多巴胺分泌；③酒依赖形成可能和阿片肽缺乏有关

【临床表现】

急性酒	✚ 普通性醉酒：是一次大量饮酒所致急性酒中毒；初期表现为自制力差、兴奋话多，类似轻躁狂；随后言语凌乱、步态不稳、困倦嗜睡；可伴轻度意识障碍，但记忆力和定向力多正常，经数小时或睡眠后多可恢复正常
-----	--

中毒	<p>✚病理性醉酒: 是个体特异性体质所致酒精过敏反应; 以往从不饮酒, 一次少量饮酒即可出现较深的意识障碍, 多伴紧张惊恐、片段幻觉和被害妄想, 常突然产生目的不明的攻击行为, 多以深睡告终, 醒后不能回忆</p> <p>✚复杂性醉酒: 介于普通性醉酒和病理性醉酒之间, 一般均有脑器质性疾病/躯体疾病的病史(对酒精耐受力下降); 当饮酒量超过以往醉酒量时, 便出现急性中毒反应和明显意识障碍, 常伴错觉、幻觉、被害妄想, 可出现攻击行为; 醒后可部分回忆</p>
慢性酒中毒	<p>✚酒依赖: 是长期反复饮酒对酒渴求的一种特殊心理状态; 特征: ①对饮酒的渴求, 强迫饮酒而无法控制; ②固定的饮酒模式; ③饮酒高于一切; ④对乙醇耐受性逐渐增加(但后期可下降); ⑤反复出现戒断症状, 及时饮酒后可迅速消失, 常发生于清晨(“晨现现象”); ⑦戒断后重饮, 很难保持长期戒酒</p> <p>✚震颤谵妄(delirium tremens): 是在长期酒依赖的基础上, 突然停酒/减少酒量时, 引起的一种短暂且有躯体症状的急性意识模糊状态; 典型表现为有生动幻觉/错觉的谵妄+全身肌肉震颤+行为紊乱三联征, 常伴自主神经功能亢进症状, 发作有昼轻夜重规律性, 恢复后可有遗忘; 严重时危及生命</p> <p>✚酒中毒性幻觉症(alcoholic hallucinosis): 是指长期饮酒所致幻觉状态, 一般在突然停饮/减少酒量后 48h 内发生; 表现为幻听、幻视, 伴继发性妄想; 但无意识障碍、精神运动性兴奋和自主神经功能亢进; 病程不超过 6 个月</p> <p>✚酒中毒性妄想症(alcoholic delusiveness): 是慢性酒中毒患者在意识清醒的情况下出现妄想症状, 以嫉妒和被害妄想为主, 可出现攻击行为</p> <p>✚酒中毒性脑病(alcoholic encephalopathy)</p> <p>■定义: 长期(一般>5y)大量饮酒引起的严重脑器质性损害, 临床以谵妄、记忆缺损、人格改变、痴呆为主要特征</p> <p>■表现</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 认知功能障碍: 渐进性发生; 早期标志是记忆障碍; 一般无语言和阅读功能障碍 ➢ 韦尼克脑病(Wernicke's encephalopathy, WE): 一般在慢性酒中毒基础上, 连续几天大量饮酒又不进食, 导致维生素 B₁ 缺乏所致; 临床表现为突发神经功能障碍, 典型为眼肌麻痹(特别是展神经麻痹和复视)+精神异常(多伴意识障碍)+共济失调三联征 ➢ 柯萨可夫综合征: 见前 ➢ 酒中毒性痴呆: 在长期慢性酒中毒后缓慢起病; 先是记忆障碍、人格改变, 进而逐渐发展为痴呆

【诊断】

1. 诊断标准: ①明确的饮酒史; ②确定躯体/精神症状是由饮酒/戒断所致; ③特定的躯体体征/精神症状; ④实验室检查: 如 GGT、CDT、MCV、尿酸↑; 如血液酒精浓度>17.6mmol/L 而无急性中毒症状提示长期饮酒/酒依赖
2. 鉴别诊断: 反社会性人格障碍、精神分裂症、双相 I 型情感障碍、广泛性焦虑障碍

【治疗】

戒酒	<p>✚保证断绝酒的来源</p> <p>✚拮抗剂治疗</p> <p>■酒增敏药: 戒酒硫(TETD)(抑制乙醛脱氢酶; 在最后 1 次饮酒后 24h 服用)</p> <p>■抗酒渴求药: 纳曲酮、阿坎酸、乙酰基高牛磺酸钙(GABA 受体激动剂)、抗抑郁剂</p>
对症治疗	<p>✚补充大量维生素</p> <p>✚戒断症状</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ■ 单纯戒断症状：地西洋；首次要足量 ■ 震颤谵妄：支持治疗、镇静（苯二氮草类）、控制精神症状（氟哌啶醇） ■ 幻觉、妄想：氟哌啶醇等 ■ 酒精性癫痫：丙戊酸、苯巴比妥；原有癫痫病史者应在戒断初期预防性使用 ✚ 急性酒中毒：催吐、洗胃、维持生命体征
康复治疗	

第四节 非成瘾物质所致精神障碍

【特点】是指激素、异烟肼、CO、有机磷、重金属等有害物质进入体内，虽不产生心理/躯体性成瘾，但可影响个人精神状态，如摄入过量所致中毒症状或突然停用所致停药综合征

第四章 精神分裂症和其它精神病性障碍

第一节 精神分裂症(schizophrenia)

【概述】

1. 定义：**精神分裂症**是一组病因未明的精神病，多起病于青少年，常有感知、思维、情感、行为等方面的障碍和精神活动与环境的不协调；一般无意识障碍和明显的智能障碍，病程多迁延

2. 瑞士精神病学家 E.Bleuler 最早提出这一名称，并且认为诊断精神分裂症依靠“4A”症状：联想障碍(abnormal association)+情感淡漠(apathy)+矛盾意向(ambivalence)+内向性(autistic behavior and thinking)

【流行病学】90%的精神分裂症起病于 15~55 岁，发病的高峰年龄段男性为 10~25 岁，女性为 25~35 岁

【病因和发病机制】

遗传因素	在本病发生中起主导作用；最可能是多基因遗传
神经发育异常	主要是新皮质形成期神经细胞从大脑深部向皮层迁移过程中出现紊乱
神经生化	<ul style="list-style-type: none"> ✚ DA 假说（主要） <ul style="list-style-type: none"> ■ 阳性症状：皮质下（边缘系统）DA 亢进；和 D₂ 受体有关 ■ 阴性症状：皮质（前额叶）DA 低下；和 D₁ 受体有关 ✚ 谷氨酸假说 ✚ 5-HT 假说 ✚ GABA 假说
心理社会因素	诱发作用

【临床表现】

基本表现	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 感知觉障碍 <ul style="list-style-type: none"> ■ 幻听：最常见，特别是在意识清晰的情况下出现功能性幻听、言语性幻听、命令性幻听、议论性幻听、评论性幻听；患者的行为和情绪常受到幻听的影响 ■ 其它幻觉：幻视（可与其它幻觉妄想性体验交织在一起，有梦幻/幻想的特点）、幻嗅和幻味（常和被害妄想相关）、幻触（较常见） ✚ 思维障碍 <ul style="list-style-type: none"> ■ 思维内容障碍——妄想 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 最为常见，特别是被害妄想、关系妄想、影响妄想；原发性妄想较少见，但具有很高的诊断价值 ➢ 特点：①内容荒谬、离奇；②主观肯定、不可辩驳、不可纠正；③不可理解性、
------	---

	<p>不可推导性；④涉及内容、范围有不断扩大和泛化的趋势或有特殊意义；⑤患者不愿主动暴露，并常加以掩饰</p> <p>■思维形式障碍</p> <p>➢联想过程缺乏连贯性和逻辑性（特征性症状）：联想散漫、语词杂拌、病理性象征性思维、语词新作、思维具体化、思维阻滞、逻辑倒错性思维、诡辩症、强制性思维</p> <p>➢思维贫乏</p> <p>■思维属性障碍：思维插入、思维抽去、思维播散</p> <p>✚认知障碍：注意障碍、记忆障碍；但定向力正常</p> <p>✚心境障碍</p> <p>■心境改变：抑郁（较常见）、焦虑、易激惹、欣快；焦虑和恐惧（特别常见）</p> <p>■心境和处境不协调</p> <p>■缺乏正常的心境变化：特征性表现；如情感淡漠、情感麻木</p> <p>✚意志行为障碍</p> <p>■意志减退：最常见的意志障碍；表现为缺乏动机和主动性</p> <p>■矛盾意向：是精神分裂症的基础症状</p> <p>■内向性：患者自我沉思，失去和现实的联系；也属基础症状</p> <p>■行为异常：社交行为不得体、无故发笑、意向倒错、作态行为、冲动行为</p> <p>■紧张症状群：木僵、蜡样屈曲、精神运动性不安/激动状态、自杀</p> <p>✚自知力：多数缺乏，以致于拒绝治疗</p>		
五 维 症 状	<p>✚阳性症状(positive symptoms)：是指异常心理过程的出现，多见于精神分裂症急性阶段；包括幻觉、妄想、瓦解症状群（思维形式障碍、怪异行为、紧张症行为、不适当的情感）；抗精神病药物治疗效果好，有可逆的可能；和 D₂ 受体增多相关</p> <p>✚阴性症状(negative symptoms)：是指正常心理过程的缺失，多见于精神分裂症慢性阶段；包括意志减退、快感缺乏、注意力不集中、情感迟钝、社交退缩、言语缺乏；抗精神病药物治疗效果差，多不可逆；和颞叶结构改变相关</p> <p>✚敌对攻击症状/激越症状：攻击暴力、自杀</p> <p>✚认知症状</p> <p>✚情感症状：焦虑、抑郁</p>		
分 类		急性综合征	慢性综合征
	感知觉障碍	各种幻觉	可有幻觉，特别是幻听
	思维障碍	原发性妄想、继发性妄想（特别是被害妄想）、首级症状	思维贫乏，可有孤立妄想
	认知障碍	注意受损	可有年龄定向障碍
	情感障碍	淡漠、不协调	淡漠、抑郁、不协调
	意志行为障碍	躁动不安、吵闹、变化无常；紧张症状；退缩	缺乏动力和活力、退缩、动作异常
	自知力	受损	可保留
分 型		I 型（阳性型）	II 型（阴性型）
	临床表现	幻觉、妄想/阳性症状	情感淡漠、言语贫乏/阴性症状
	抗精神病药物疗效	良好	较差
	结局	有可逆的可能性	多不可逆
	智能缺损	无	可有
	异常的不自主动作	无	可有

	病理改变	D ₂ 受体增多(生化异常)	颞叶结构(如海马、杏仁核)改变、细胞丧失(器质性损害)
分期	<p>🚩前驱期: 主要是非特异性症状(如注意减退、动力和动机下降、精力缺乏、抑郁、睡眠障碍、焦虑、社交退缩、猜疑、角色功能受损、易激惹); 可分 3 型(前哨综合征): ①非特异性变化→特异性精神病前症状→精神病; ②特异性变化→对此变化的神经症性反应(症状)→精神病; ③前哨综合征的前驱症状可自行缓解, 不直接发展为精神病</p> <p>🚩活动期: 精神病性症状明显, 往往伴明显情感反应</p> <p>🚩残留期: 和前驱期类似, 但情感淡漠和角色功能受损更为明显</p>		

【临床分型】

单纯型 (simplex)	多青少年隐匿起病, 病程缓慢; 以阴性症状为主, 极少有幻觉、妄想(或为一过性); 早期常不易被察觉, 治疗效果最差
青春型/瓦解型 (hebephrenic, disorganized)	多青年期急性/亚急性起病; 以思维、情感和行为的失调或解体为主要表现; 常有本能活动亢进、意向倒错、幻觉、妄想; 病程进展较快, 积极治疗可获得较好预后, 但易复发
紧张型 (catatonic)	多青中年急性疾病, 病程呈发作性; 常表现为紧张性兴奋和紧张性木僵交替出现, 幻觉、妄想少见; 可自行缓解, 治疗效果好, 预后较好
偏执型/妄想型 (paranoid)	最常见; 多中年起病, 病程缓慢; 临床表现以相对稳定的妄想(特别是关系、被害妄想)为主, 多伴幻觉(言语性幻听最常见, 多为不愉快的内容), 并在此支配下出现怪异行为; 尽早积极治疗者预后较好
未分化型 (undifferentiated)	患者符合精神分裂症诊断标准, 有明显的阳性症状, 但又不符合上述任何一型的诊断或表现出一种以上亚型的特点
残留型 (residual)	过去符合精神分裂症诊断标准, 目前阳性症状已基本得到控制, 但残留部分症状(以阴性症状为主); 病程趋于慢性化, 治疗反应差
精神分裂症后抑郁 (post-schizophrenia depression)	<p>🚩定义: 是指患者在过去一年内曾符合精神分裂症的诊断标准, 目前病情好转但未痊愈时出现抑郁症状且持续 2w 以上; 此时可残留精神症状, 一般以阴性症状为主</p> <p>🚩来源: ①疾病本身症状的组成部分; ②患者对疾病认识产生的心理反应; ③药物副作用</p> <p>🚩临床意义: ①临床可能未达到重度抑郁的严重程度但自杀的危险性高; ②病程迁延、复发率和再住院率高、对药物治疗反应差, 是预后不良的危险因素</p>

【诊断】CCMD-3 诊断标准

- 症状标准: 至少有以下 2 项, 并非继发于意识障碍、智能障碍、情绪高涨/低落
 - (1)反复出现言语性幻听
 - (2)明显的思维松弛、破裂、言语不连贯, 或思维贫乏
 - (3)思维被插入、抽走、播散, 思维中断, 或强制性思维
 - (4)思维逻辑倒错、病理性象征性思维, 或语词新作
 - (5)原发性妄想或其它荒谬的妄想
 - (6)被动、被控制, 或被洞悉体验
 - (7)情感倒错, 或明显的情感淡漠
 - (8)紧张综合征、怪异行为, 或愚蠢行为
 - (9)明显的意志减退或缺乏
- 严重标准: 自知力障碍, 并有社会功能严重受损或无法进行有效交谈
- 病程标准: ①符合症状标准和严重标准至少已持续 1 个月(单纯型至少 2 年); ②同时符

合精神分裂症和情感性精神障碍的症状标准:当情感症状减轻到不能满足情感性精神障碍的症状标准时,分裂症状需持续满足精神分裂症的症状标准至少 2w 以上,才可诊断为精神分裂症

4. 排除标准:排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾性物质所致精神障碍;尚未缓解的精神分裂症病人,若又患本项中前述两类疾病,应并列症状

5. 与精神分裂症相关的精神障碍:类似精神分裂症,但不符合以上诊断标准

(1)病程不足(<1 个月):诊断为分裂样精神病

(2)突出情感症状:诊断为分裂情感性精神病

(3)只有妄想:诊断为偏执性精神障碍

★**首级症状**(first rank symptoms, FRS):是具有高度特异性和强烈阳性预测价值的 11 项症状;即争论性幻听、评论性幻听、思维鸣响、思维播散、思维抽去、思维插入、思维中断、躯体被动体验、情感被动体验、冲动被动体验、妄想知觉;70%符合精神分裂症诊断标准的患者存在这些症状,但对阴性症状的诊断价值不足,且有些症状(如思维散漫)非常具有特异性但不属于首级症状

【鉴别诊断】

1. 脑器质性精神障碍:有认知功能障碍、意识障碍、神经系统阳性体征、脑影像学异常;老年人需与谵妄、痴呆鉴别,年轻人需与颞叶癫痫、散发性病毒性脑炎鉴别

2. 躯体疾病所致精神障碍:多发生于躯体疾病恶化期;精神症状多与疾病的严重程度平行;精神症状多,且有昼轻夜重的波动性;常有意识障碍,多伴躯体、神经系统病理体征和实验室阳性发现

3. 精神活性物质所致精神障碍:有明确用药史;精神症状的出现和药物使用在时间上密切相关;用药前患者精神状况正常,症状表现符合不同种类药物所致精神障碍的特点

4. 分裂情感性障碍:分裂症状和情感症状(抑郁或躁狂)同时存在,并且同样突出;一般恢复良好

5. 偏执性精神障碍:以系统性妄想为主要临床症状,妄想内容固定,有一定现实性;情感和行为与妄想内容相一致,无精神衰退

6. 心境障碍

(1)躁狂症:情感高涨、生动,有感染力,和周围环境接触好,情感和思维、行为相协调,病程呈间歇性发作

(2)抑郁症:情感低落(而非淡漠),仍和周围有交流

7. 某些神经症性障碍:自知力充分;仔细的病史询问和检查可发现精神分裂症的某些症状;一时难以诊断时需要一定时间的随访观察

8. 急性应激障碍:强烈恐惧体验和精神运动性兴奋,行为有一定盲目性;也可表现为精神运动性抑制甚至木僵;若应激原被消除,则会缓解

9. 人格障碍:详细了解患者的病史;一般无明显精神病性症状(如幻觉和妄想)

【病程和结局】

1. 病程类型:①单次发作,完全持久的恢复;②单次发作,不完全缓解;③2 次/多次发作,间歇期完全/基本正常;④2 次/多次发作,间歇期残留部分症状;⑤首次发作后即表现为持续性精神病态(无缓解期),逐渐衰退

2. 影响预后的因素(预后不良的因素)

(1)疾病因素:无明显诱发因素、缓慢起病、病程长;既往精神病史;阴性症状;发病年龄轻

(2)患者因素:男性、单身、分居、丧偶、离婚;性心理调节能力差;病前人格不健全;工作能力差;社交隔离;依从性差

(3)未及时进行系统抗精神病药物治疗

(4)精神病的未治疗期(DUP): 是指自患者出现明显的精神病性症状到药物介入治疗之前的时期; 其长短是预测精神分裂症预后的重要指标

【治疗】

治疗目标	<p>✚ 急性期: ①缓解精神分裂症的主要症状: 包括阳性症状+阴性症状+激越+抑郁焦虑+认知功能减退, 争取最佳预后; ②为恢复社会功能、回归社会做准备; ③预防自杀、防止危害社会的冲动行为的发生; ④将药物治疗带来的不良反应降到最低程度, 防止严重药物不良反应(如粒缺、恶性综合征、抗胆碱能性意识障碍)的发生</p> <p>✚ 恢复期(巩固期): ①防止已缓解的症状复燃, 或进一步提高控制症状的疗效; ②促进恢复社会功能, 回归社会; ③控制和预防精神分裂症后抑郁、强迫症状; ④预防自杀; ⑤控制和预防长期用药的不良反应(如 PD、闭经溢乳、体重增加)</p> <p>✚ 维持期: ①预防疾病再次发作或已经比较稳定的病情恶化, 进一步缓解症状; ②提高药物维持治疗的依从性; ③恢复社会功能, 回归社会; ④帮助患者家属应对社会/躯体应激</p>
治疗策略	<p>✚ 首发、复发病例</p> <p>■ 急性期: ①采用积极的强化性药物治疗, 争取缓解症状; ②进行家庭教育和患者心理治疗; ③争取扩大基本痊愈患者的比例; ④根据条件选择治疗场所, 注意危害社会和严重自杀行为发生的可能性; ⑤药物治疗按照相关程度进行, 疗程至少 4~6w</p> <p>■ 恢复期: ①以原有效药物、有效剂量坚持治疗; ②配合心理社会康复治疗, 促进其对疾病的认识、依从性, 促进其社会功能的恢复; ③仍以药物治疗为主, 疗程 3~6m</p> <p>■ 维持期: ①根据具体情况, 确定预防复发所需药物剂量; ②有效时不换方; ③加强心理社会康复治疗, 帮助患者了解疾病复发的先兆、药物治疗作用和不良反应、应对社会应激性事件; ④督促患者积极锻炼; ⑤疗程视具体情况而定, 反复发作者至少 2~3 年</p> <p>✚ 慢性病例: ①进一步控制症状, 通过换药、加量、合并治疗方法来提高疗效; ②加强随访; ③治疗场所可在门诊、社区、医院的康复病房, 或精神病康复基地; ④进行家庭教育, 强化患者家属对治疗的信心</p> <p>✚ 难治性精神分裂症</p> <p>■ 定义: 是指通过通常方法进行治疗而不能获得理想疗效的一类病人; 包括: ①过去 5 年对 3 种药物剂量和疗程均适当的抗精神病药物治疗反应不良; ②患者不能耐受药物的不良反应; ③即使有充分的维持治疗/预防治疗, 但仍复发/恶化</p> <p>■ 策略: ①治疗前重新审定诊断, 了解其既往用药史和使疾病难治性的因素, 着重考虑用药个体化, 必要时监测血药浓度; ②重新制订治疗方案, 更换合适的药物(如氯氮平), 足量足疗程治疗, 疗程一般不少于 2~5 年</p>
治疗方法	<p>✚ 药物治疗(主要治疗): 以下仅介绍原则性问题; 具体药物见后</p> <p>■ 一旦确诊, 即应开始药物治疗; 首发病例, 单一用药, 首选一线用药; 足剂量、足疗程的情况下仍无效时可选用二线药物; 急性发作期(包括复发和病情恶化者), 根据既往用药情况继续使用原有有效药物, 剂量低于有效治疗剂量者, 可增加至治疗剂量继续观察</p> <p>■ 单一用药/换药后疗效不满意, 可考虑合并用药; 以化学结构不同、药理作用不尽相同的药物合用比较合适; 达到预期治疗目标后仍以单一用药为宜</p> <p>■ 小剂量开始, 逐渐增加到有效剂量, 加量速度视药物特性和患者特质而定; 维持用量可根据情况减低, 并要足疗程治疗</p> <p>■ 认真定期评价疗效以调整治疗, 认真观察评定药物不良反应并作积极处理</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ECT 心理社会康复治疗 宣传教育
--	---

第二节 其它精神病性障碍

一、妄想性障碍/偏执性精神障碍(paranoid mental disorders)

【特点】是一组病因不明、发展缓慢、以**系统性妄想**为主要表现的精神障碍，妄想多持久，有时可持续终生；**多 30 岁以后起病**，妄想内容以被害、嫉妒、诉讼、钟情、夸大、疑病等常见，很少出现幻觉，也不出现精神分裂症的其它典型症状，在不涉及妄想内容的情况下，其它方面的精神功能相对正常；部分患者可有与妄想内容相一致的情绪和行为反应；一般无人格衰退和智能缺陷，有一定的工作和社会适应能力；药物治疗对症状**有一定效果**，但**治疗依从性差**，**心理治疗效果不佳**，治疗应围绕患者对于妄想信念产生的主观痛苦进行。

二、急性短暂性精神病性障碍

【特点】是一组起病急骤、缓解彻底、持续时间短暂的精神病性障碍；这类疾病不是由于脑器质性疾病、躯体疾病、中毒或精神活性物质滥用所致；患者通常在 **2w 或更短时间内**出现急性的精神病状态，表现为片断的妄想或幻觉，亦可表现为言语和行为紊乱；情绪可表现为淡漠、迷惑恍惚、焦虑激越等；病程一般为一个月以内；不符合躁狂和抑郁发作的诊断。

【分类】

1. 分裂样精神病：以精神分裂症性症状为主，持续时间**不超过 1 个月**
2. 旅途精神病：一般病前存在明显的综合性应激因素，在旅途中急性起病
3. 妄想阵发：急性突然起病，症状在 1w 内达高峰，以一过性妄想为主要临床表现，以妄想内容多样性为重要特征，可伴情感和行为异常

三、感应性精神病(induced psychosis)

【特点】以系统妄想为突出表现，往往发生于同一环境或家庭中 2 个或 3 个关系密切的亲属/挚友中；起病前已有一位长期相处、关系密切的亲人患有妄想症状的精神病，继而病人出现精神病，且妄想内容相似，但并不荒谬。

四、分裂情感性精神病(schizoaffective psychosis, SAP)

【特点】一种发作性精神障碍；精神分裂症症状和情感性症状在同一次发作中同时存在、同样突出，且有反复发作的倾向；一般认为预后较好，少有精神衰退出现。

五、周期性精神病(periodic psychosis)

【特点】一组急性起病，反复周期性发作，症状相仿，以内分泌失调和自主神经症状、思维/情感/行为紊乱为主的精神障碍；若和月经周期相联系时称为月经周期性精神病。

第五章 心境障碍/情感性精神障碍

【定义】**心境障碍**(mood disorders)是由各种原因引起的、以明显而持久的心情/情感高涨/低落为主要特征的一组功能性精神障碍，并有相应的思维和行为改变；主要表现为抑郁障碍(major depressive disorder, MDD)、双相障碍(bipolar disorder, BPD)、**恶劣心境**(dysthymia)、持续性心境障碍(persistent mood disorder)等。

【特点】①以情感高涨/低落为主要的、基本的或原发的症状，常伴有相应的认知和行为改变；②可有幻觉、妄想等精神病性症状；③多为间歇性病程，具有反复发作的倾向，间歇期精神活动基本正常，部分可有残留症状或转为慢性病程。

【病因和发病机制】

遗传因素	特别是双向障碍
神经生化因素	NE 假说：NE 功能低下和 抑郁发作 有关，NE 功能增强和躁狂发作有关

	<ul style="list-style-type: none"> DA 假说: DA 功能低下和抑郁发作有关, DA 功能增强和躁狂发作有关 5-HT 假说: 5-HT 的缺乏可能是抑郁和躁狂症状的共同生化基础 G 蛋白: 躁狂发作往往有 Gp 蛋白 活性异常增强, 抑郁发作往往有 Gs 蛋白 活性异常增强
神经内分泌	特别是 HPA 轴异常 (抑郁发作 HPA 轴功能异常的基础是 CRH 分泌过多)
脑电生理变化	抑郁发作时多倾向于低 α 频率, 躁狂发作时多倾向于高 α 频率/出现高幅慢波; 抑郁发作者总睡眠时间减少、觉醒次数增多、REM 潜伏期缩短
神经影像改变	脑室较大; 抑郁发作者海马等脑区萎缩
心理社会因素	应激性事件、经济状况、社会阶层

第一节 抑郁障碍

【定义】是指由于各种原因所致以显著而持久的心境低落为主要临床特征的一类心境障碍; 心境低落和所处环境不相称, 部分可有明显焦虑和运动性激越, 严重时可有精神病性症状; 多有反复发作倾向

【临床表现】

基本症状	<ul style="list-style-type: none"> 抑郁心境: 最具特征性的核心症状; 表现为无望 (感到前途渺茫、悲观失望、无出路)、无助 (孤立无援、认为治疗是无用的)、无用 (认为自己的生活毫无价值、一无是处; 严重时可有罪恶妄想和幻觉); 典型者常呈晨重夜轻的节律性改变 缺乏愉快体验: 不能从平时喜欢的活动中获得快感; 对之前感兴趣的事物丧失兴趣 无价值感和过度罪恶感: 见于严重抑郁症 犹豫不决或注意力减退: 严重时称为“假性痴呆” 精力丧失、精神和躯体活动改变: 疲乏、倦怠、工作效率低; 活动和反应迟缓; 也可出现精神运动性激越 (来回踱步、不能静坐、搓手顿足) 食欲改变: 食欲减退伴体重减轻; 不典型者可有食欲亢进伴体重增加 睡眠障碍: 最常见、最具有特征性的是早醒 性欲减退 自杀观念和自杀 <ul style="list-style-type: none"> 是严重抑郁的一个标志, 甚至有“扩大性自杀” (认为活着的亲人也非常痛苦, 可在杀死亲人后再自杀); 在治疗初期和症状消失后 6~9 个月内危险性最高 危险因素: ①年龄>45 岁, 男性, 无获得帮助的能力; ②过去曾有自杀未遂, 缺乏可得到的社会支持; ③有详细的自杀计划, 患有严重和慢性的躯体疾病, 害怕自己健康状况恶化; ④长期自我否定, 伴精神病性症状; ⑤消极认知的思维方式; ⑥最近有严重的“丧失感”, 伴酒精/药物滥用
分型	<ul style="list-style-type: none"> 抑郁发作 <ul style="list-style-type: none"> 轻度: 有一些抑郁症状, 感到做事很困难; 但对工作、社交的影响多较小 中度: 工作、社交的影响程度介于轻度和重度之间; 有许多抑郁症状, 常不能做其应该做的事情 重度: 工作、社交明显受影响, 可伴精神病性症状; 有所有抑郁症状, 常不能进行正常的日常生活, 常伴躯体症状 伴精神病性症状: 见于重度抑郁 (但也可不伴) 其它抑郁发作: 不典型抑郁 复发性抑郁障碍 持续性心境障碍: 环性心境、恶劣心境 其它心境障碍: 复发性短暂抑郁

【诊断】

1. CCMD-3 抑郁发作诊断标准

(1) **症状标准**: 以心境低落为主, 且至少 9 选 4: ①自我评价过低, 自责, 或有内疚感; ②兴趣丧失, 无愉快感; ③联想困难或自觉思考能力下降; ④精力减退或疲乏感; ⑤精神运动性迟滞或激越; ⑥睡眠障碍; ⑦食欲减退或体重明显减轻; ⑧性欲减退; ⑨反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为

(2) **严重标准**: 社会功能受损, 或给本人造成痛苦或不良后果

(3) **病程标准**: 符合症状标准和严重标准 **至少已持续 2w**; 可存在某些精神病性症状, 但不符合精神分裂症的诊断; 若同时符合精神分裂症的症状标准, 在精神病性症状缓解后, 满足抑郁发作标准至少 2w

(4) **排除标准**: 排除器质性精神障碍, 或精神活性物质和非成瘾性物质等所致抑郁

2. ICD-10 抑郁发作诊断标准

(1) **抑郁心境**: ①丧失兴趣和愉快感; ②精力下降; ③活动减少

(2) **注意力下降**: ①自尊心和自信心下降; ②罪恶观念和无价值观念; ③悲观想法; ④自伤感; ⑤睡眠障碍; ⑥食欲下降

【鉴别诊断】①躯体疾病伴发抑郁心境; ②其它精神障碍所致抑郁心境; ③单纯型“丧亲”反应

【治疗】

治疗目标	①尽快消除临床症状, 提高临床治愈率, 最大程度地减少病残率和自杀率; ②提高生存质量, 恢复社会功能; ③预防复发
治疗方法	<p>✚ 药物治疗</p> <p>■ 治疗原则: ①诊断要确切; ②全面考虑患者症状特点、年龄、躯体情况、药物耐受性、有无合并症, 做到个体化合理用药; ③剂量逐步递增, 尽可能采用最小有效剂量, 停药时应逐渐减量; ④小剂量疗效不佳时, 根据不良反应和耐受情况, 增至足量、足疗程; ⑤如仍无效, 可考虑换药; 注意氟西汀需停药 5w 才能换 MAOIs, 其它 SSRIs 需 2w; MAOIs 需停药 2w 才能换 SSRIs; ⑥尽可能单一用药, 一般不主张联用两种以上抗抑郁药; ⑦向患者及家属阐明药物相关作用、不良反应及其对策; ⑧治疗过程中密切关注病情变化和不良反应, 并及时处理; ⑨在药物治疗的基础上辅以心理治疗; ⑩积极治疗与抑郁共病的其它躯体疾病</p> <p>■ 治疗策略</p> <p>➢ 急性期治疗: 控制症状, 尽量达到临床痊愈 (HAMD-17 评分 ≤ 7, MADRS 评分 ≤ 12)</p> <p>➢ 巩固期治疗: 防止症状复燃; 至少 4~6 个月</p> <p>➢ 维持期治疗: 防止症状复发; 首次抑郁发作维持 3~4 个月, 有 2 次以上复发特别是起病于青少年、伴精神病性症状、病情严重、自杀风险大、有家族遗传史者维持 2~3 年, 多次复发者主张长期维持治疗</p> <p>✚ 非药物治疗</p> <p>■ ECT: 首选于有 严重消极自杀言行、抑郁性木僵者, 也可用于药物治疗无效者; 治疗后仍需药物维持治疗</p> <p>■ 重复经颅磁刺激治疗(rTMS)</p> <p>■ 脑深部电刺激(DBS)</p> <p>■ 心理治疗: 特别是有明显心理因素作用的抑郁发作者和轻度抑郁或恢复期患者; 治疗目标: ①减轻和缓解症状; ②恢复正常心理社会和工作功能; ③协同抗抑郁药物维持治疗, 预防复发; ④改善对服药的依从性; ⑤矫正因抑郁障碍继发的各种心</p>

	<p>理社会性不良后果</p> <p>✚ 难治性抑郁症(treatment-resistant depression, TRD)</p> <p>■ 定义: 是指使用现有的 2 种或 2 种以上不同化学结构的抗抑郁药, 足量足疗程治疗无效/起效甚微, 同时符合 CCMD-3 或 ICD-10 抑郁发作的诊断标准者</p> <p>■ 需考虑: ①诊断是否正确, 如是否把双相抑郁误诊为抑郁症; ②病人依从性如何; ③药物是否达到有效剂量; ④是否合并其它躯体疾病、精神疾病或干扰因素</p> <p>■ 处理: ①增加原有抗抑郁药物剂量至最大治疗剂量, 但应注意不良反应, 防止药物中毒; ②联用 2 种不同作用机制/类型的抗抑郁药物; ③在使用抗抑郁药物的基础上合并使用增效剂(如心境稳定剂、非典型抗精神病药、甲状腺素片); ④抗抑郁药物治疗合并 ECT 治疗</p>
--	--

【预后】

1. **“5R”**: 有效(response)、缓解(remission)、临床痊愈(recovery)、再燃(relapse)、复发(recurrence)
2. 提示预后较差的指标: **合并精神病性障碍**、物质滥用、发病年龄小、首次确诊发作持续时间长、需住院治疗者

第二节 恶劣心境

【临床表现】

1. **持久的心境低落状态**为主的**轻度抑郁**: 自我评价低和自信心不足, 自感悲观、绝望和无助, 普遍丧失兴趣和快感, 社会性退缩, 慢性疲乏, 有罪感, 易激惹, 动力、效率和创造力下降, 思维困难, 注意力减退、记忆力下降、犹豫不决
2. **从不出现躁狂**
3. 躯体不适症状较常见: 睡眠障碍(入睡困难、噩梦、睡眠浅)、慢性疼痛、自主神经功能失调; 但无明显早醒、昼夜节律改变、体重减轻等生物学方面改变的症状
4. 患者有自知力, 生活不受影响

【诊断】①抑郁症状至少持续 2 年; 在此期间, 若有正常心境间歇期, 应**不长于 2m**; ②无轻躁狂发作; ③在 2 年内其抑郁的程度达不到或很少能达到复发性轻度抑郁障碍的诊断标准

【治疗】

药物治疗	抗抑郁药物: 首选 SSRIs, 需持续治疗至少 6~12 个月; 当仅有部分疗效时, 可加用心境稳定剂、甲状腺素、雌激素等
心理治疗	✚ 指征: ①患者以前对心理治疗有效; ②有经过培训的专业心理治疗医生; ③对药物有禁忌证; ④患者愿意接受心理治疗, 且抑郁不严重, 也无精神病症状 ✚ 举例: 人际心理治疗、认知行为治疗

第三节 双相障碍

【定义】是指既有躁狂/轻躁狂发作, 又有抑郁发作的一类心境障碍; 表现为反复(至少 2 次)出现心境和活动水平的明显改变, 有时表现为心境高涨、精力充沛、活动增加, 有时表现为心境低落、精力减退、活动减少; 发作间期常完全缓解; 最典型的形式是躁狂和抑郁交替发作

【临床表现】

躁狂发作 (mania)	<p>✚ 主要症状</p> <p>■ 情绪高涨: 主要原发症状; 表现为自我感觉良好、主观体验愉快, 具有一定感染力; 但情绪不稳、反复无常</p> <p>■ 思维奔逸: 联想加速, 自觉思维敏捷; 言语过多, 滔滔不绝, 常因过多说话口干舌燥, 甚至声音嘶哑; 但讲话内容肤浅、凌乱、不切实际; 自我评价过高,</p>
------------------------	--

	<p>具有夸大观念/夸大妄想</p> <p>■ 活动增多/意志行为增强：多为协调性精神运动性兴奋；病情严重时，自我控制能力下降，可出现攻击和破坏行为</p> <p>■ 躯体症状：①交感神经功能亢奋；②食欲增加、性欲亢进；③多有体重减轻（因体力过度消耗）；④睡眠需求减少</p> <p>■ 其它：可有意识障碍；多早期即丧失自知力</p> <p>✚ 特殊类型</p> <p>■ 轻躁狂(hypomania)：是指临床表现较轻的躁狂发作；患者可有持续数天的心境高涨、精力充沛、活动增多、显著的自我感觉良好、注意力不集中、社交活动增多，有时表现为易激惹，但无幻觉、妄想等精神病性症状，对社会功能仅有轻度影响；部分甚至可表现出工作效率明显增加、思维敏捷而不易被察觉；无需住院治疗</p> <p>■ 混合型：见后</p>
抑郁发作	见前
临床类型	<p>✚ 双相 I 型：至少有过一次躁狂发作和反复发作的严重抑郁；轻躁狂和抑郁发作很常见，但并非必备条件；临床上最常见</p> <p>✚ 双相 II 型：反复发作的严重抑郁和轻躁狂，但无躁狂发作</p> <p>✚ 快速循环型：是指双相障碍患者频繁发作（每年发作 4 次以上），当 1 个月内出现 4 次以上时称为超快速循环型；使用抗抑郁药物/锂盐/抗精神病药、甲低都可促进快速循环病程</p> <p>✚ 混合型：躁狂症状和抑郁症状在一次发作中同时出现，但症状均不典型，持续时间 1w 以上；分混合型躁狂和混合型抑郁</p> <p>✚ 其它类型：包括临床常用治疗药物所致抑郁、躁狂，抗抑郁药物诱发的躁狂、轻躁狂发作</p>

【诊断】仅介绍 CCMD-3 躁狂发作诊断标准：

1. 症状标准：在心境障碍时期内，持续发生以下 3 项以上症状（当心境为激惹时需 4 项），并有较显著的程度：①比平时更健谈，或感到一直要讲话的紧迫感；②自我估计过高/夸大；③意念飘忽，或主观上体验到思想在赛跑；④随境转移，易分心；⑤有目的的活动增加，或精神运动性激越；⑥过分地参与某些有乐趣的活动，但这些活动有潜在产生乐极生悲的痛苦后果；⑦睡眠需要量减少
2. 严重标准：严重影响社会/职业功能或可能伤害他人，且有精神病性表现
3. 病程标准：至少**持续 1w**
4. 排除标准：排除躯体疾病或药物和精神活性物质所致继发性躁狂

【治疗】

分期治疗	<p>✚ 急性期</p> <p>■ 急性躁狂发作</p> <p>➢ 药物治疗：以心境稳定剂为主；常联合用药</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 典型抗精神病药：如氯丙嗪和氟哌啶醇肌注 ● 非典型抗精神病药：不良反应更少 ● 心境稳定剂：锂盐（首选药）、卡马西平、丙戊酸盐、拉莫三嗪 ● 苯二氮草类：在发作早期联合其它药物使用 <p>➢ ECT：适用于急性重症躁狂发作、极度兴奋躁动、对锂盐治疗无效/不能耐受</p> <p>■ 急性抑郁发作：心境稳定剂、第二代抗精神病药物；慎用抗抑郁药</p>
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> 巩固期：主要治疗药物剂量应维持在急性期水平；抑郁发作 4~6m，躁狂/混合发作 2~3m 维持期：一线治疗药物为锂盐、拉莫三嗪（特别是双相 II 型）、丙戊酸盐、奥氮平
特殊人群	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠期：用药需谨慎；分娩后需密切注意双相障碍症状的变化 儿童和青少年：锂盐、丙戊酸盐、非典型抗精神病药 老年人：注意药物的不良反应
心理治疗	

第六章 神经症性障碍

第一节 概述

一、神经症性障碍概述

【共同特点】①除癔症外，无精神病性症状；②除癔症外，病程多持续迁延；③病情多有一定素质和人格基础；④起病常和心理社会因素相关；⑤症状无可证实的器质性病变为基础

【鉴别诊断】精神病性障碍 VS 神经症性障碍

- 前者有检验自我和现实能力的丧失，把主观体验和外界客观现实混为一谈，具有幻觉、妄想等精神病性症状；后者没有检验自我和现实能力的丧失，无精神病性症状
- 前者患者自知力缺乏，不愿主动求医；后者患者自知力存在，主动求医，希望得到帮助
- 前者常有行为紊乱和冲动毁物行为，不能为社会所接受，工作、学习能力严重受损；后者虽可有行为障碍，工作、学习能力也可受损，但不如前者严重

二、焦虑障碍概述

- 孩童时期的正常焦虑：和年龄相关
- 病理性焦虑：①有特定的反复出现的恐惧和害怕；②自己明知是不合理、不现实和令人烦恼的；③对社会功能造成影响；④病程持续较长

第二节 惊恐障碍(panic disorder)/急性焦虑障碍

【定义】突然发作的、不可预测的、反复出现的、强烈的惊恐体验，一般历时 5~20min，伴濒死感/失控感，常体验到濒临灾难性结局的害怕和恐惧，并伴有自主神经功能失调症状

【流行病学】起病年龄呈双峰模式，第一个高峰出现在青少年晚期/成年早期，第二个高峰出现在 45~54 岁

【临床表现】

惊恐发作	<ul style="list-style-type: none"> 在无特殊的恐惧性处境时，突然感到一种突如其来的紧张、害怕、恐惧感，甚至出现惊恐，伴濒死感、失控感、大难临头感；发作期间意识始终清晰 肌肉紧张、坐立不安、全身发抖/无力 常伴有严重自主神经功能紊乱症状：出汗、胸闷、呼吸困难、过度换气、心动过速、心律不齐、头痛、头昏、四肢麻木、感觉障碍，部分有人格/现实解体 起病急骤、终止迅速，一般历时数分钟~数十分钟，但不久可突然再发
预期焦虑	在发作后的间歇期出现；担心再发
回避行为	回避工作、学习
其它	<ul style="list-style-type: none"> 40%可共病抑郁障碍：预后变差 可伴广场恐惧症：复发率高且预后差 惊恐障碍严重度量表(PDSS)：评估惊恐障碍的严重程度

【诊断】在 1 个月内至少有 3 次惊恐发作或在首次发作后继发害怕再发作的焦虑持续 1 个

月，且：①发作出现在无客观危险的环境中；②发作不局限在已知的或可预测的情境；③发作间期基本无焦虑症状；④排除其它临床问题所致惊恐发作

【鉴别诊断】

1. 心脏病发作

	惊恐发作	心脏病发作
疼痛	感到锋利剧烈的疼痛；定位在整个心脏；呼吸/按压胸口时常加重疼痛，持续 5~10s	有/无疼痛；若有疼痛，则多为压榨感，定位在胸部中央，可以放射，持续超过 5~10s
刺麻感	出现在全身	常出现在左上肢
呕吐	可有恶心，但呕吐少见	常见
呼吸	过度换气常见，常在惊恐发作之前出现	不会有过度换气

2. 躯体疾病所致惊恐发作：二尖瓣脱垂、甲亢、癫痫、TIA、嗜铬细胞瘤、低血糖、狂犬病

3. 药物/精神活性物质滥用/戒断

4. 恐惧症：惊恐发作可以预测，仅发生在特定的刺激/情境下

5. 抑郁障碍：主导症状为抑郁症状；但也可以共病

【治疗】

目的	①减少、消除惊恐发作的频率和严重度；改善预期焦虑和回避行为；②最大限度地降低共病率，减少病残率和自杀率；③提高生活质量，改善社会功能
药物治疗	<ul style="list-style-type: none"> 苯二氮草类：起效快，但长期应用易导致依赖 SSRIs&SNRIs：特别是共病抑郁障碍、社交焦虑障碍时 TCAs：小剂量开始，防止中毒
心理治疗	认知行为治疗(CBT)

第三节 恐惧症(phobia)

【定义】一种以过分和不合理地惧怕外界某些特定的客观事物/情境为主要表现；明知这种恐惧反应是过分的/不合理的，但仍反复出现、难以控制；发作时常伴明显的焦虑和自主神经紊乱的症状；患者极力回避导致恐惧的客观事物/情境，同时有预期焦虑

【临床表现】

广场恐惧症 (agoraphobia)	<ul style="list-style-type: none"> 患者害怕离家/独处，害怕处于被困、窘迫、无助的环境（如公共交通、广场），患者认为这些地方难以逃离、无法获得帮助而恐惧不安；一个值得信赖的亲友陪伴可明显减少惊恐发作 常有预期焦虑；长期可继发抑郁障碍、精神活性物质滥用 包括广场恐惧不伴惊恐发作、广场恐惧伴惊恐发作
社交焦虑障碍 (SAD)/社交恐惧症	<ul style="list-style-type: none"> 显著而持续地害怕在公众面前可能出现羞辱和尴尬的社交行为，担心会被别人嘲笑、负性评价自己的社交行为，并在相应的社交场合持续性紧张/恐惧；尽管患者意识到这种情况是不合理的 更多地伴有出汗、脸红、口干 可有预期焦虑和回避行为 当涉及多数社交场合时，称为广泛性社交焦虑障碍
特定恐惧症 /简单恐惧症 (simple phobia)	<ul style="list-style-type: none"> 是指患者的恐惧局限于特定的物体、场景或活动；表现为对可能要面对恐惧刺激的预期焦虑、面对时的恐惧、为减少焦虑的回避行为 患者通常害怕的不是物体/场景本身，而是随之可能的后果 尽管患者愿意承认这些事物不可怕，但并不能减少他们的恐惧

【诊断】

1. 诊断标准

(1) 心理症状/自主神经症状必须是焦虑的原发表现, 而非继发于其它症状 (如妄想、强迫)
 (2) 焦虑必须局限于/主要发生在特定的情境 (如人群、公共场所、离家旅行、独自出行等; 诊断广场恐惧症至少需 2 种); 特定的社交情境 (社交焦虑障碍); 特定的恐怖物体/情境 (特定恐惧)

(3) 对恐怖情境的回避必须是/曾经是突出特点

(4) 病程 ≥ 3 个月

2. 鉴别诊断

(1) 正常人的恐惧: 合理性、发生的频率、恐惧的程度、是否伴自主神经症状、是否明显影响社会功能、是否有回避行为

(2) 广泛性焦虑障碍: 焦虑无明确对象 (呈广泛性), 常持续存在; 无回避行为

(3) 强迫障碍: 恐惧源于自己内心的某些想法, 怕的是失去自我控制, 并非对外界事物恐惧

(4) 疑病障碍: 自知力差, 患者认为自己的恐惧和焦虑是合理的

(5) 抑郁障碍: 可相互伴随; 诊断应根据当时每一个障碍是否达到诊断标准

(6) 颞叶癫痫: 阵发性恐惧, 但无具体对象; 意识障碍、EEG 有改变

(7) 精神分裂症: 回避社交是害怕被议论、迫害, 而无任何社交动机, 也无预期焦虑

【治疗】

行为治疗	首选方法: 如暴露疗法
药物治疗	SSRIs

第四节 广泛性焦虑障碍(GAD)

【定义】是一种以持续、全面、过度的焦虑为主要临床表现的精神障碍; 患者常有不明原因的提心吊胆、紧张不安, 并有显著的自主神经功能紊乱症状、肌肉紧张和运动性不安, 但焦虑和周围任何特定的情境无关; 患者能够认识到这些担忧是过度和不恰当的, 但不能控制, 因难以忍受而感到痛苦; 病程不定, 但趋于波动而变为慢性; 是最常见的焦虑障碍, 常共患其它精神障碍 (如抑郁障碍、惊恐障碍、强迫障碍)

【临床表现】

特殊外貌	<ul style="list-style-type: none"> 面肌扭曲、眉头紧锁、姿势紧张、坐立不安, 甚至有颤抖; 皮肤苍白、手心/脚心/腋窝易出汗 可表现为易哭泣, 但并非提示抑郁
精神性焦虑	<ul style="list-style-type: none"> 精神上的过度担心: 是焦虑症状的核心; 表现为对未来可能发生的、难以预料的某种危险/不幸经常担心 自由浮动性焦虑(free-floating anxiety): 有些患者不能明确意识到他担心的对象/内容, 而只是一种提心吊胆、惶恐不安的强烈内心体验 预期焦虑(apprehensive anxiety): 有些患者担心的是现实生活中可能会发生的事情, 但其担心、焦虑的程度和现实很不相称 警觉性增高: 对外界刺激敏感、注意力不集中、易激惹
躯体性焦虑	<ul style="list-style-type: none"> 运动性不安: 搓手顿足、不能静坐、无目的小动作增多 肌紧张: 主观上的一组/多组肌肉不舒服的紧张感, 多见于胸部、颈部、肩背部肌肉; 也可表现为紧张性头痛、震颤
自主神经功能紊乱	心动过速、胸闷气短、头晕头痛、皮肤潮红、出汗/苍白、口干、吞咽梗阻感、胃部不适、恶心、腹痛腹胀、便秘腹泻、尿频、性功能障碍
睡眠障碍	失眠、夜惊
其它症状	合并疲劳、抑郁、强迫、恐惧、惊恐发作、人格解体, 但非主要表现

共病	抑郁障碍、惊恐障碍、社交焦虑障碍、强迫障碍
评估	汉密尔顿焦虑量表(HAMA): ≥ 14 分可明确达到焦虑发作的严重程度标准

【诊断】

1. 诊断标准: 病程 ≥ 6 个月; 焦虑症状包括: ①恐慌; ②运动性紧张; ③其它高警觉症状(自主神经活动亢进)

2. 鉴别诊断

(1) 躯体疾病所致焦虑: 如代谢综合征、高血压、糖尿病、冠心病、SAHS、甲亢、低血糖、嗜铬细胞瘤、SLE

(2) 精神疾病所致焦虑: 抑郁障碍(优先考虑诊断)、其它焦虑障碍、精神分裂症

(3) 早老性痴呆/老年痴呆: 焦虑伴突出的记忆障碍

(4) 药源性焦虑: 如哌甲酯、甲状腺素、类固醇、茶碱、抗精神病药

【治疗】

药物治疗	<ul style="list-style-type: none"> 包括急性期治疗+巩固期治疗(2~6 个月)+维持期治疗(≥ 1 年) 药物 <ul style="list-style-type: none"> ■ 抗抑郁药: SSRI (首选) ■ 抗焦虑药: 如苯二氮草类(起效快)、5-HT 激动剂(如丁螺环酮, 不易引起药物依赖, 适合长期使用, 但起效慢) ■ β-受体阻滞剂: 通常用于控制严重持续的心悸、气促、震颤等躯体症状
心理治疗	健康教育+认知行为治疗

第五节 强迫障碍(obsessive-compulsive disorder, OCD)

【定义】患者表现出源于自我的强迫观念和强迫行为; 多数患者认为这些观念和行為是没有必要的/异常的, 是违反自己意愿的, 强迫与反强迫的激烈冲突使患者感到焦虑和痛苦, 但无法摆脱, 病程迁延者表现出仪式行为, 此时焦虑和痛苦减轻, 但社会功能严重受损

【临床表现】多发病于青春期; 常在无明显诱因下缓慢起病; 共病其它精神障碍常见

强迫观念	<ul style="list-style-type: none"> 强迫思维: 以刻板形式反复进入患者头脑中的观念、表现、冲动思维; 几乎总是令人痛苦的, 内容多为暴力、猥亵或毫无意义; 患者往往试图抵制(特征性表现)但不成功; 虽然这些思维令人反感, 但患者认为是属于自己的(VS 强制性思维) 强迫表象: 也具有被迫出现和试图抵抗的特征, 但其表现为生动的假想情境, 通常为暴力或让患者感到不安的情境 强迫性穷思竭虑: 对常见的事情反复思考、刨根问底 强迫怀疑: 需要反复检查、核对(虽然意识到事情已经做好) 强迫联想: 当表现为对立性质的联想时称为“强迫性对立思维” 强迫回忆: 不由自主地反复呈现出经历过的事情而无法摆脱 强迫意向/冲动: 患者体会到一种强烈的内在冲动要去做某种违背自己意愿的事情, 但一般不会转变为行动, 因为患者知道这种冲动是非理性的, 但内心无法摆脱这种冲动
强迫行为	<ul style="list-style-type: none"> 特点: 常继发于强迫观念; 这些反复进行的行为(可以是内心活动, 也可以是具体动作)常被患者认为是无意义的, 且反复企图抵抗, 但抵抗可导致明显焦虑 种类 <ul style="list-style-type: none"> ■ 强迫检查: 为减轻强迫怀疑引起的焦虑 ■ 强迫洗涤 ■ 强迫性仪式动作: 为了对抗某种强迫观念引起的焦虑; 可占去一天中数小时时间, 有时伴明显的犹豫不决和行事迟缓

	■ 强迫询问：以获得解释和保证
回避行为	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 最突出的症状 ✚ 患者回避触发强迫观念、强迫行为的各种情境
其它	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 强迫恐惧：强迫性恐惧想法和回避行为同时存在 ✚ 强迫缓慢：强迫观念和强迫行为使患者日常行为的进行十分缓慢 ✚ 焦虑和抑郁：特别是后者共病率最高 ✚ 强迫性人格 ✚ 病态的人际关系：①患者要求他人容忍其症状；②患者与家属产生敌对关系
评估	常采用 Yale-Brown 强迫量表

【诊断】

1. 诊断标准：患者必须在连续 3 个月中的大多数时间存在强迫观念或强迫动作或两者并存；这些症状引起痛苦或妨碍活动；强迫症状应具备以下特点：①必须被看成患者自己的思维/冲动；②必须至少有一种思想/动作仍在被患者徒劳地加以抵制，即使患者不再对其它症状加以抵制；③实施动作的想法本身应该是令人不愉快的；④想法、表象或冲动必须是令人不快地一再出现

2. 鉴别诊断

(1) 有内在愉快感的过度重复行为：如赌博、饮酒、吸烟

(2) 精神分裂症：往往也可出现强迫症状但和环境/现实不保持一致、并不为此而烦恼、无主动克制/摆脱的愿望、无治疗要求；有精神分裂症的阴性或阳性症状

(3) 抑郁障碍：常共存

【治疗】

药物治疗	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 急性期：至少 12w；可选用 SSRIs（较高/最高剂量）、TCAs（首选氯米帕明） ✚ 巩固期和维持期治疗
心理治疗	认知行为治疗
其它治疗	ECT、rTMS、DBS 等

第七章 躯体形式障碍和分离（转换）性障碍

第一节 躯体形式障碍(somatoform disorder, SFD)

【定义】**躯体形式障碍**是一种以持久地担心/相信各种躯体症状的优势观念为特征的精神障碍；患者因这些症状反复就医，但各种医学检查均未发现异常，医生的反复解释也不能打消其顾虑；即使患者存在某种躯体疾病，也不能解释所诉症状；尽管症状的发生和生活事件、困难、冲突密切相关，但患者多否认心理因素的存在

【临床表现】

共性	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 症状复杂、多样，未能找到明确的器质性证据 ✚ 反复检查和治疗但疗效不佳、影响医患关系 ✚ 诊断名称含糊、多样
个性	<ul style="list-style-type: none"> ✚ 躯体化障碍(somatization disorder, SD)/Briquet 综合征：女性多见，成年早期发病；表现为多种多样、反复出现、时常变化、查无实据的躯体主诉（如胃肠道不适、异样皮肤感觉等）至少 2 年，未发现任何恰当的躯体疾病来解释以上症状；拒绝多名医生对其症状其实无躯体疾病解释的忠告和保证，不遵医嘱；注意集中于症状本身及其影响，过度使用消除症状的药物；症状及所致行为造成一定程度的社会和家庭功能损害 ✚ 未分化躯体形式障碍：患者常诉一种/多种躯体症状，症状多变，其临床表现类似躯体化障碍但典型性不够，症状涉及的部位也不广泛和丰富；或者完全不伴社会和家庭功

	<p>能的损害；病程半年以上但不足 2 年</p> <p>✚疑病症(hypochondriasis): 患者存在先占观念，坚持认为自己可能患有一种/多种严重进行性躯体疾病；患者对患病的坚信程度以及对症状的侧重，在每次就诊时通常有所不同，常伴明显抑郁和焦虑；患者总是拒绝接受多位不同医生关于其症状并无躯体疾病的忠告和保证，并频繁更换医生以寻求保证；害怕药物治疗</p> <p>✚躯体形式的自主神经功能紊乱: 患者有明确的自主神经兴奋症状但令人烦恼；常常主诉为部位不定的疼痛；患者坚信这些症状归咎于某一特定的器官/系统患有的严重疾病，并由此而感到痛苦；但这些器官的结构和功能并无明显紊乱症状，医生的反复保证和解释也无用；包括心脏神经症、胃神经症、心因性呃逆、IBS、心因性过度换气、心因性尿频、心因性排尿困难</p> <p>✚躯体形式的疼痛障碍: 是一种不能用生理过程/躯体障碍予以合理解释的、持续而严重的疼痛；疼痛的发生多和情绪冲动/心理社会问题相关；医学检查不能发现疼痛部位有相应的器质性病变；病程常迁延并持续 6 个月以上；常伴焦虑、抑郁、失眠，社会功能明显受损</p>
--	--

【治疗】药物治疗、心理治疗

第二节 分离（转换）性障碍(dissociative(conversion) disorders)/癔症(hysteria)

【定义】是一种以**分离症状(dissociative symptoms)**（部分/完全丧失对自我身份的识别和对过去的记忆，也称癔症性精神症状）和**转换症状(conversional symptoms)**（在遭遇无法解决的问题和冲突时产生的不快心情，以转化成躯体症状的方式出现，也称癔症性躯体症状）为主的精神障碍；这些症状无可证实的器质性病变为基础；多可在一年内自发缓解

【临床表现】

共同特点	<p>✚部分/完全丧失对过去的记忆、身份意识、躯体感觉、运动控制四方面的正常整合</p> <p>✚发病前心理因素常很明显，疾病的发作常有利于患者摆脱困境、发泄压抑的情绪、获得别人的注意和同情、获得支持和补偿，但患者本人可能否认；患者有癔症性人格基础</p> <p>✚反复发作时，往往通过回忆和联想与既往创伤经历有关的事件/情境即可发病</p> <p>✚在适当的条件下，精神世界分离/丢失的部分可以恢复</p>
分离性障碍	<p>✚分离性遗忘(dissociative amnesia)/心因性遗忘: 患者突然出现不能回忆自己重要的事情；一般都是围绕创伤性事件，且遗忘的程度、完全性每天都不同，不同检查者所见也不一样，但总有一个固定的核心内容在觉醒状态下始终不能回忆</p> <p>✚分离性漫游(dissociative fugue)/心因性神游: 患者突然从家中/工作场所出走，往往是离开一个不能耐受的环境，到外地旅行（可能是以往熟悉/有情感意义的地方）；此时患者意识范围缩小，但日常的基本生活能力、社会交往依然保持；清醒之后对病中经历不能完全回忆</p> <p>✚分离性木僵(dissociative stupor): 常在精神创伤之后或被创伤体验所触发，表现为精神活动的全面抑制，在相当长的时间内维持固定的姿势，完全/几乎无言论和自发的有目的运动，行为符合木僵的标准，检查无躯体疾病证据，一般数十分钟即可好转</p> <p>✚出神(trance)和附体(possession): 表现为暂时性地同时丧失个人身份感和对周围环境的完全意识，对过程有全部/部分遗忘；处于出神状态的人，如果其身份为神灵、鬼、他人或已死去的人所替代，声称自己是某种神/死去的某人在说话，则称为“附体”；出神和附体都是不随意的</p> <p>✚多重人格障碍(multiple personality disorder): 主要表现为患者存在两种或更多种完全不同的身份状态；患者突然失去对自己往事的全部回忆，对自己原来的身份不能识别，而以另一种完全不同的身份进行日常社会活动</p>

	<p>✚ Ganser 综合征、童样痴呆：见前</p> <p>✚ 情感暴发(emotional outburst)：常在遭受严重精神创伤、情绪激动时突然起病，意识障碍较轻，表现为哭啼、叫喊、打滚、捶胸顿足、撕衣毁物、扯头发、以头撞墙，其言语行为有尽情发泄内心情绪的特点，特别是在多人围观的场合</p>
转换性障碍	<p>✚ 运动障碍：①肢体瘫痪，伴肌张力增强/迟缓，检查时并无神经系统损害症状^①；②肢体震颤、抽动、肌阵挛；③起立不能、步行不能；④失声症</p> <p>✚ 抽搐/假性癫痫发作(pseudoseizures)：类似于癫痫发作，但无相应的临床特征（如无强直、阵挛期）和电生理改变；常于情绪激动、受到暗示时突然发作；表现为缓慢地瘫倒在地/床上，呼之不应，全身僵直，肢体一阵阵抖动；也可有翻滚、角弓反张、怪异动作等；一般经历数十分钟后症状缓解；发作后无神清呆滞、睡眠，但可呈木僵、意识状态改变</p> <p>✚ 感觉障碍：可表现为躯体感觉麻木、丧失、过敏、异常（如癔球症），或特殊感觉障碍；皮肤麻木的区域接近患者关于躯体疾病的概念而与神经解剖不同，也与客观检查不符</p>

【诊断】

1. 诊断标准：①具有分离（转换）性障碍中各种障碍的临床特征，特别是神经系统功能障碍，有充分证据可排除器质性病变；②有心理致病的证据，表现在时间上和应激性事件、问题或紊乱的关系有明确的联系（即使患者否认这一点）；③症状妨碍社会功能；④可有模拟症状和淡漠处之的表情；⑤不能以躯体疾病的病理生理机制解释，甚至和神经解剖生理相矛盾；⑥不是其它精神病

2. 鉴别诊断

- (1) 癫痫发作：意识完全丧失；发作有强直、痉挛、恢复三个阶段，过程中可有咬破唇舌、跌伤、二便失禁；发作后完全不能回忆；EEG 有特征性变化
- (2) 急性应激反应/心因性精神障碍：**和精神刺激因素密切相关**；病程一般不超过 3d；无反复发作史
- (3) 诈病：有明确的目的；症状受意志控制，因人、时、地而异；无一定的疾病过程规律
- (4) 躯体疾病
- (5) 精神分裂症：表现症状多和外界环境无相应联系

【治疗】心理治疗（行为治疗、暗示治疗（**首选**）、环境支持）、药物治疗

第八章 人格障碍和性心理障碍

第一节 人格障碍(personality disorders)

【概述】

人格	是一个人固定的行为模式和在日常活动中处事待人的习惯方式
异常人格	包括：①不寻常反应；②精神疾病的临床表征改变；③对于压力事件的不同反应；④产生威胁/危险性行为
人格障碍	特点：①人格障碍的患者在认知内容、情绪体验、冲动行为控制和人际关系方面存在异常，后者显著偏离特定的文化背景和一般的认知方式，具体表现为不同的分型；②人格障碍的异常表现在各种场合都固定不变且广泛；③发病至少可追溯到青春期，往往在儿童期就初露端倪，但到青春期才引起注意，部分人格障碍患者在成年后有所缓和；④行为常明显损害社会交往、职业或其它功能，造成对社会环境的 适应不

^① 特别是，将瘫痪肢体上抬，检查者突然撒手时，肢体徐徐落下，而不是中枢性瘫痪远端重于近端，周围性瘫痪近端重于远端

	良，部分患者为此感到痛苦；有些患者常伤及他人、危害社会，自己却若无其事； ⑤可能是某些精神疾病发生的素质因素之一
分型	偏执型(paranoid)、分裂型(schizoid)、社交紊乱型(dissocial)/反社会型、情绪不稳型(emotional unstable)、表演型/癡症型(histrionic)、强迫型/完美型(obsessive-compulsive, anancastic)、焦虑型/回避型(anxious, avoidant)、依赖型(dependent)

【临床表现】

偏执型	<p>特点：猜疑和偏执；男性多见</p> <p>表现：①对挫折和拒绝过度敏感；②容易长久地记仇；③猜疑，以及将体验歪曲的一种普遍倾向，把他人无意的/友好的行为误解为敌意/轻蔑；④与现实环境不相称的好斗、顽固地维护个人的权利；⑤极易猜疑，毫无根据地怀疑配偶/性伴侣的忠诚；⑥将自己看得过分重要的倾向；⑦将直接有关的事件以及世间的形形色色都解释为“阴谋”的无根据的先占观念</p>
分裂型	<p>特点：情感淡漠和人际关系明显缺陷；男性多见</p> <p>表现：①几乎没有可体验到愉快的活动；②情绪冷淡、对人冷漠、缺乏热情和幽默；③对他人表达温情、体贴或愤怒情绪的能力有限；④对于批评或表扬都无动于衷，别人对他的看法等漠不关心；⑤对与他人发生性接触毫无兴趣；⑥几乎总是偏爱单独行动，回避社交；⑦过分沉湎于幻想和内省；⑧没有亲密朋友，与人不建立相互信任的关系（或者只有一位），也不想建立这种关系；⑨明显地无视公认的社会常规及习俗</p>
反社会型	<p>特点：行为和公认的社会规范有显著差异而引人注目；往往在童年或少年期（18 岁前）就出现品行问题；该型人格和违法犯罪有较密切的关系（对社会危害最大）</p> <p>表现：①对他人感受漠不关心；②全面、持久的缺乏责任感，无视社会规范与义务，经常违法乱纪；③尽管建立人际关系并无困难，却不能长久地保持；④对挫折的耐受性极低，微小刺激便可引起攻击，甚至暴力行为；⑤无内疚感，不能从经历中，特别是从惩罚中吸取教训；⑥很容易责怪他人，或者当他们与社会相冲突时对行为作似是而非的合理解释；⑦伴随的特征中还有持续的易激惹</p>
情绪不稳型	<p>特点：行为不计后果，伴情感不稳定；事先进行计划的能力很差，强烈的愤怒爆发常导致暴力行为</p> <p>类型</p> <p>■冲动型(impulsive)/癡痼型：以情绪不稳定和不能控制冲动为特征，伴暴力/威胁性行为的爆发；男性较多；表现为：①情绪不稳，易激惹，易与他人发生争执和冲突，冲突后对自己行为懊恼，但不能防止再犯；②情感爆发时，对他人可有暴力攻击，可有自杀、自伤行为；③在日常生活和工作中同样表现冲动、缺乏目的性与计划性</p> <p>■边缘型(borderline)：除了情绪不稳，尚有自我形象、目的、内心偏好的模糊不清/扭曲，缺乏持久的自我同一性；常有持续的空虚感；人际关系时好时坏，可能伴有一连串的自杀威胁或自伤行为；有时会有短暂的应激性的精神病性症状（但一般轻微而短暂，表现为真实感和个体认同出现偏离所致人格解体和非真实感，但同时检验现实能力又相对保存）</p>
表演型	<p>特点：过分的感情用事、夸张言行吸引他人的注意；情绪不稳定、暗示性、依赖性很强</p> <p>表现：①自我戏剧化、做作性、夸张的情绪表达；②暗示性强，容易受他人/环境的影响；③情感体验肤浅，情感反应强烈易变；④不停地追求刺激、为他人赞赏及以自己为注意中心的活动；⑤外表和行为显出不恰当的挑逗性，甚至于卖弄风情，给人以轻浮的感觉；⑥对自己外观容貌过分计较；⑦自我中心，自我放任，感情易受伤害，为满足自己的需要常常不择手段</p>
强	<p>特点：过分的谨小慎微、严格要求与完美主义、内心的不安全感；男性多见</p>

强迫型	表现: ①过分疑虑和谨慎, 常有不安全感, 往往穷思竭虑; ②常拘泥细节、犹豫不决; ③完美主义; ④道德感过强, 谨小慎微, 过分看重工作成效; ⑤过分迂腐, 拘泥于社会习俗, 缺乏创新和冒险精神; ⑥刻板和固执, 对别人做事很不放心
焦虑型	特点: 一贯感到紧张、提心吊胆、不安全、自卑 表现: ①持续和泛化的紧张与忧虑; ②相信自己在社交上笨拙, 没有吸引力或不如别人; ③在社交场合总过分担心被人指责/拒绝; ④除非肯定受人欢迎, 否则不肯与他人打交道; ⑤出于躯体安全感的需要, 惯性地夸大日常处境中的潜在危险, 而有回避某些活动的倾向; ⑥对拒绝和批评过分敏感
依赖型	特点: 过分依赖、害怕被抛弃、决定能力低下 表现: ①请求或同意他人为自己生活中大多数重要事情做决定; ②将自己的需求附属于所依赖的人, 过分顺从他人的意志; ③不愿意对所依赖的人提出即使是合理的要求; ④过分害怕不能照顾自己, 在独处时总感到不舒服或无助; ⑤沉陷于被关系亲密的人所抛弃的恐惧之中; ⑥没有别人过分的保证时, 做出日常决定的能力很有限

【诊断】CCMD-3 诊断标准:

1. 症状标准: 个人的内心体验和行为特征 (不限于精神障碍发作期) 在整体上与其文化所期望和接受的范围明显偏离, 这种偏离是广泛的、稳定的和长期的, 并至少有以下 1 项: ①认知的异常偏离; ②情感的异常偏离; ③控制冲动和对满足个人需要的异常偏离; ④人际关系的异常偏离
2. 严重标准: 特殊行为模式的异常偏离, 使患者或其他人感到痛苦或社会适应不良
3. 病程标准: 开始于童年、青少年期, **现年 18 岁以上, 至少已持续 2 年**
4. 排除标准: 人格特征的异常偏离并不是躯体疾病/精神障碍的表现/后果

【鉴别诊断】

1. 人格改变

	人格障碍	人格改变
起病原因和形式	病因不明; 早期开始; 原发性	病因明显; 器质性疾病后出现; 继发性
起病时间和病期	无/不明显	有且明显
病程特点	一贯如此	逐渐加重
症状特点	情感、意志行为障碍为主, 思维、智能基本正常	思维、情感、意志行为、智能均有障碍

2. 精神分裂症

	人格障碍	精神分裂症
疾病性质	个性发展的偏离, 不是一个疾病过程, 属于量的变化	病前无明显社会适应不良, 发病后有情感行为明显的质的变化
病程特点	无明显病期; 当处于困境/严重应激时, 精神障碍可较突出	有明显病期; 在一段时间内逐渐出现行为改变和一系列精神障碍
思维	偏执型人格障碍是在过分敏感的基础上对日常事物和人际关系产生一些牵连观念; 内容较接近现实, 无幻觉	偏执型精神分裂症是在无明显原因的基础上出现幻觉、妄想, 内容荒谬离奇
情感	分离现象	淡漠无情
协调性	精神活动大致协调	感知、情感、意志行为互不协调

3. 心境障碍

	人格障碍	心境障碍
病程特点	一贯如此, 无明显病程, 是自幼形成发展的表现	发作性病程, 多数有反复发作倾向, 间歇期社会功能良好

起病时间和病期	无/不明显	有且明显
症状	以明显偏离正常且根深蒂固的心理行为方式为主，情感症状可不突出	以明显而持续的心境高涨/低落为主，并有相应的思维和行为改变
疗效	不佳	药物、心理治疗有效，并可自行缓解

4. 神经症

	人格障碍	神经症
症状	持久和根深蒂固的适应不良	不固定的暂时性神经功能障碍
自知力	缺乏	存在
社会适应	不良	可较好

5. 一般犯罪：目的多获利性、动机明显、手法隐蔽狡诈、后果害人为主；而人格障碍犯罪目的多冲动性、动机模糊、手法简单粗暴、后果害人害己

【治疗】

药物治疗	<p>✚A 怪异型（偏执型+分裂型）：非典型抗精神病药</p> <p>✚B 怪异型（反社会型+边缘型+表演型+自恋型）：抗抑郁药，可考虑联合使用心境稳定剂或非典型抗精神病药</p> <p>✚C 怪异型（回避型+依赖型+强迫型）：抗抑郁药；苯二氮草类短期使用可改善症状</p>
非药物治疗	心理治疗、教育和训练

第二节 性心理障碍(psychosexual disorder)/性变态(sexual deviation)

【定义】泛指两性性行为的心理和行为明显偏离正常，并以此作为性兴奋、性满足的主要或唯一方式为主要特征的一组精神障碍；其正常的异性恋受到全部/部分破坏、干扰或影响，但一般的精神活动并无其它明显异常

【基本特点】①性格特征：内向、怕羞、安静少动、不喜交往、孤僻、温和、具有女性气质；②患者产生性兴奋、性冲动的对象或性行为方式不同于一般正常人，且这种行为比较固定而难以纠正；③大多数患者性欲低下，甚至不能进行正常的性生活，家庭关系往往不和谐，甚至破裂；④具有正常人的道德伦理观念（知道其行为不符合社会道德规范）；事后多有愧疚之心，但往往难以控制自己；⑤除了性心理障碍所表现的异常性行为之外，多数患者对社会生活适应良好，无突出的人格障碍，无智能障碍；⑥性心理障碍不等同于性犯罪

【临床表现】

性身份障碍	易性症(transsexualism): 患者对自身性别的认定与解剖生理上的性别特征呈持续厌恶的态度，并有改变本身性别的解剖生理特征以达到转换性别的强烈愿望（如使用手术/激素），其性爱倾向为纯粹同性恋；男性多见；病程需至少持续 2 年
性偏好障碍	<p>✚恋物症(fetishism): 在强烈的性欲望和性兴奋的驱使下反复收集异性所使用的物品（均为直接与异性身体接触的东西）；所恋物体成为性刺激的重要来源或获得性满足的基本条件；一般并不试图接近物品的主人，对异性本身并无特殊的兴趣；初发于青少年性成熟期，几乎仅见于男性；病程需至少持续 6 个月</p> <p>✚异装症(transvestism): 是恋物症的一种特殊形式，表现为反复出现穿戴异性服饰的强烈欲望并付诸行动由此引起性兴奋；患者并不要求改变自身性别的解剖生理特征，对自身性别的认同并无障碍；大多数人有正常的异性恋关系，性指向是正常的；一经性唤起达到性高潮便脱去异性服装；病程需至少持续 6 个月</p> <p>✚露阴症(exhibitionism): 反复多次在陌生异性毫无准备的情况下暴露自己的生殖器以达到性兴奋的目的，有的继之以手淫，但无进一步性侵犯异性的行为；几乎</p>

	<p>只见于男性；露阴之前有逐渐增强的焦虑紧张体验，情景越惊险紧张，患者越感到刺激，性的满足也越强烈；大部分露阴者性功能低下或缺乏正常性功能；病程需至少持续 6 个月</p> <p>🚩窥阴症(voyeurism)：一种反复多次地窥视他人性活动或亲昵行为或异性裸体作为自己性兴奋的偏爱方式；一般不会有进一步的攻击和伤害行为；多不愿与异性交往，与性伴侣的活动难以获得成功；病程需至少持续 6 个月</p> <p>🚩摩擦症(frotteurism)：指男性在拥挤的场合或乘对方不备，伺机以身体的某一部分（常为阴茎）摩擦和触摸女性身体的某一部分以达到性兴奋之目的；患者没有暴露生殖器的愿望，也没有与摩擦对象性交的要求；病程需至少持续 6 个月</p> <p>🚩性施虐症(sadism)、性受虐症(masochism)：在性生活中，向性对象施加肉体上/精神上的痛苦，作为达到性满足的惯用和偏爱方式者为性施虐症；在性生活的同时，要求对方施加肉体上/精神上的痛苦，作为达到性满足的惯用与偏爱方式者为性受虐症；病程需至少持续 6 个月</p>
性指向障碍	<p>🚩同性恋(homosexuality)：作为特殊的性体验与性行为，一般不属于精神疾病</p> <p>🚩恋童癖、恋尸癖</p>

【治疗】正面教育、心理治疗（主要方法，如认知领悟疗法、厌恶疗法、系统脱敏）、药物治疗

第九章 儿童青少年精神障碍

【概述】

1. 儿童青少年心理特点：①心理发育水平差异；②心理不成熟；③对环境的依赖；④发展的可变性
2. 儿童和成人精神医学的差异：①求治动机和对象；②沟通方式；③家庭环境的影响；④必须考虑儿童的发育阶段；⑤药物的局限性；⑥治疗的重点不同

第一节 精神发育迟滞(mental retardation, MR)

一、概述

【定义】**精神发育迟滞**是一组在**中枢神经系统发育成熟（18 岁）之前**起病，以**智能低下**和**社会适应困难**为临床特征的精神障碍；病因复杂，可单独存在，也可共患其它精神障碍/躯体疾病；是导致人类**残疾**的主要原因

【病因】

遗传因素	如染色体异常（唐氏综合症）、基因异常（苯丙酮尿症）、先天性颅脑畸形（先天性脑积水）
围生期有害因素	如感染、药物、毒物、放射线和电磁波、妊娠期并发症/合并症、新生儿疾病等
出生后不良因素	如脑损伤

【临床表现】主要表现为**智能低下**和**社会适应困难**；可伴某些精神症状、躯体疾病表现

轻度	<p>🚩智商 50~69；成年后可达到 9~12 岁的心理年龄；轻度适应能力缺陷；占 85%；属四级残疾</p> <p>🚩学习成绩差（在普通学校中学习时常不及格/留级）或工作能力差（只能完成较简单的手工劳动）；能自理生活；无明显言语障碍，但对语言的理解和使用能力有不同程度的延迟</p>
中度	<p>🚩智商 35~49；成年后可达到 6~9 岁的心理年龄；中度适应能力缺陷；占 10%；属三级残疾</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 不能适应普通学校学习，可进行个位数的加减法计算，可从事简单劳动但质量低、效率差；可学会自理简单生活，但需督促、帮助；可掌握简单生活用语，但词汇贫乏
重度	<ul style="list-style-type: none"> 智商 20~34；成年后可达到 3~6 岁的心理年龄；重度适应能力缺陷；占 3~4%；属二级残疾 表现为显著的运动损害或其它相关缺陷，不能学习和劳动；生活不能自理；言语功能严重障碍，不能进行有效的语言交流
极重度	<ul style="list-style-type: none"> 智商 < 20；成年后可达到 3 岁以下的心理年龄；极重度适应能力缺陷；占 1~2%；属一级残疾 社会功能完全丧失，甚至不会逃避危险；生活完全不能自理，大小便失禁；言语功能丧失

【病程和预后】多数在入学以后才被确诊；患者最终智能水平和社会适应能力视精神发育迟滞的严重程度、接受特殊教育和康复训练的情况而定

【诊断】

1. 临床诊断：儿童在 18 岁以下有**智能低下、学习困难、社会适应困难**的临床表现，智力测验结果显示**智商 < 70**（智商 70~90 者为边缘智力状态），则可诊断；再根据智能发育水平和智商确定精神发育迟滞的严重程度

2. 病因学诊断

3. 鉴别诊断

(1) 暂时性发育迟缓：去除/纠正病因（如各种心理/躯体因素）后，智力发育速度在**短期内加速**，可赶上同龄儿童的智能水平

(2) 特定性发育迟缓：可发现**除了特定的发育障碍以外**，心理的其它方面发育完全正常，在不涉及这些特定技能的时候，可完成学习任务

(3) 广泛性发育障碍：如儿童孤独症、Asperger 综合征、Rett 综合征等

(4) 儿童精神分裂症：病前智能正常，有起病、症状持续、演变等疾病的发展过程，存在明确的精神病性症状

(5) 注意缺陷与多动障碍：见后

【治疗】原则：早期发现、早期诊断、早期干预

教育和康复训练	<ul style="list-style-type: none"> 轻度：最好在普通小学接受教育，如不适宜则到特殊教育学校就读 中度：生活自理能力和社会适应能力 重度：患者和照料者之间的协调配合能力，简单生活能力和自卫能力 极重度：无
心理治疗	
药物治疗	病因治疗、对症治疗

二、常见临床综合征

唐氏综合症、苯丙酮尿症、半乳糖血症、先天性甲减、脆性 X 综合征

三、精神发育迟滞合并其它精神障碍

1. 特点：通常以**情感、行为障碍**为主，症状内容简单

2. 合并精神分裂症：**妄想缺乏细节、幻觉简单重复**；动作紊乱、行为古怪

3. 合并抑郁发作：很少能诉说自己的心境改变/表达抑郁观念，而表现为行为退缩、孤独、动作减少，也可表现为攻击行为；情绪悲伤，易激惹

4. 合并神经症：多表现为**混合性症状群**

第二节 心理发育障碍

一、概述

【定义】在儿童心理发育的过程中，若受到各种不良因素的影响，导致心理发育的迟缓、倒退或偏离正常，心理的各个方面达不到相应年龄的水平，影响儿童的社会功能，表现为学习困难、人际交往困难和社会适应能力下降

【分类】

特定性发育障碍	特定性言语和语言发育障碍、特定性学习技能发育障碍、特定性运动技能发育障碍、混合型特定性发育障碍
广泛性发育障碍	如儿童孤独症（最常见）、语言发育延迟、Asperger 综合征、Rett 综合征、儿童瓦解性精神障碍

二、儿童孤独症(childhood autism)

【定义】起病于婴幼儿期，表现为不同程度的社会交往障碍、语言发育障碍、兴趣狭窄、行为方式刻板，多伴精神发育迟滞

【临床表现】前三项被称为 Kanner's 三联征

社会交往障碍 (核心症状)	没有目光对视、表情贫乏、缺乏期待/拒绝父母的拥抱和爱抚、得到别人的关爱时也没有流露出愉快和满足感、分不清人际之间的亲疏关系、不能与父母建立正常的依恋关系、不能与同龄儿童之间建立正常的伙伴关系
语言交流障碍	语言发育明显落后于同龄儿童（就诊的主要原因）；很少主动和他人交流，不会维持交流，常不顾及周围环境和对方的反应；姿势语言和表情语言交流也明显异常
兴趣范围狭窄、动作行为刻板	喜欢玩耍一些非玩具性的物品；对玩具独有特点不感兴趣，却十分关注玩具的某一个非主要特征；经常固执地保持日常生活的程序，否则会焦虑不安、哭闹、反抗；部分患者有重复刻板动作（如拍手、捶胸、转圈、跺脚）
智能障碍	75~80%伴不同程度的精神发育迟滞 ；表现为智能各方面发展不平衡（操作智商高于言语智商）；智能水平正常/接近正常时称为高功能型孤独症，有明显智能损害者称为低功能型孤独症
精神神经症状	多有注意缺陷和多动症状；也可有强迫行为、自伤行为、焦虑、恐惧、幻觉、睡眠障碍等

【病程和预后】一般 3 岁以前缓慢起病；多数病前发育正常，起病后发育停滞不前（甚至有倒退现象）；**远期预后差**（特别是女性、幼儿期重复刻板动作/异常行为突出、自伤行为、操作性智商低、少年期癫痫发作）

【诊断和评估】

- 临床诊断：①3 岁以前起病，有社会交往障碍、言语发育迟缓、兴趣范围狭窄、刻板重复的行为模式等典型症状，排除其它诊断；②少数患者仅有部分典型症状，或 3 岁以后起病，则应诊断为非典型孤独症，对这些患者应进行随访，最后作出明确诊断；③当患者智能障碍明确时应诊断为孤独症合并精神发育迟滞
- 评估量表：孤独症行为评定量表(ABC)、儿童孤独症评定量表(CARS)、克氏孤独症行为量表(CBRS)等

【鉴别诊断】

- 精神发育迟滞：语言和社会交往能力和智力水平相称、智能全面发育低下
- 精神分裂症：起病多在学龄前以后，病前的言语和智能水平正常；主要表现为精神病性症状，抗精神病药物治疗有效
- Asperger 综合征**：多见于男孩；也存在**社会交往的实质性损害和重复、刻板、局限的活动**；但在早期的语言发育中没有明显的延迟，开口说话的时间和正常儿童接近，在语法结构和语句内容上则不能适应交往的需求；平时不回避交往，甚至喜欢交往，但热衷于单方面讲话，常纠缠于同一话题而显得笨拙夸张；**认知功能正常，但动作笨拙、运动协调能力较差**；

常有某一方面的特殊兴趣爱好, 对其它事物则心不在焉

4. **Heller 综合征/儿童瓦解性精神障碍**: 起病前 3~4 年心理发育完全正常, 病后已经获得的各种心理发育能力迅速、明显地倒退

5. **Rett 综合征**: 多见于女孩; **早期发育正常**, 通常在出生后 7~24 个月起病, 以运动技能和智能进行性衰退为特征; 表现为**逐渐丧失手的精细运动能力**, 出现刻板运动; 不会咀嚼食物、过度流涎/伸舌、大小便失禁; 面部表情特别(社会性微笑); 起病前已经获得的语言技巧全部/部分丧失, 表现为严重的智力障碍, 并在迅速的发育倒退时出现孤独样症状; 神经系统体征明显, 出现肌张力减低、共济失调、脊柱畸形、**癫痫发作**; 多数预后不良

【治疗】康复训练和教育(最有效)、心理治疗(多行为治疗)、药物治疗(对症使用非典型抗精神病药、SSRI、中枢兴奋剂)

三、特定性言语和语言发育障碍

【特点】儿童发育的早期即有正常语言获得方式的紊乱, 且不是由神经系统疾病、感觉缺损、精神发育迟滞、环境因素直接引起, 而是遗传、围生期损害所致; 智力相对正常, 病程**恒定**

四、特定学习技能发育障碍(specific academic skill developmental disorder, SDDSS)

【特点】是指从儿童发育早期就出现的获得性学习技能的正常方式受损; 某种生物学功能失调引起的认知加工过程紊乱是主要原因, 而非缺乏学习机会或神经系统疾病所致; 临床表现为特定阅读障碍、特定拼写障碍、特定计算技能障碍等

第三节 儿童少年期行为和情绪障碍

一、**注意缺陷与多动障碍**(attention deficit and hyperactive disorder, ADHD)

【定义】是儿童期**最常见**的行为障碍; 主要表现为明显的注意力不集中和注意持续时间短暂、活动过多和冲动, 影响学习效率和人际交往; **智力多正常**, 常共患学习障碍、品行障碍等

【临床表现】

注意缺陷	最主要症状 : 表现为注意力难以持久、容易分心, 在活动中不能注意到细节, 与成人交谈时心不在焉
活动过多和冲动行为	经常显得很不安宁, 小动作多; 在采取行为前缺乏思考, 不顾及后果; 在任何场合说话特别多; 情绪不稳定
学习困难	
神经和精神发育异常	精细动作、协调运动、空间位置觉等发育较差; 少数可伴有语言发育延迟、语言表达能力差; 智能测验显示部分患者的智商偏低, 发展不平衡
共病	品行障碍、焦虑障碍、抽动障碍、心境障碍

【病程和预后】30%可在青春期以后症状逐渐消失, 但多数可持续进入青春期和成年期, 可合并反社会行为、物质依赖、酒精依赖等问题; 预后不良因素: 合并品行障碍、阅读困难、情绪障碍、不良的家庭和社会心理因素、智力偏低

【诊断和评估】

1. 临床诊断: 患者 **7 岁以前**开始出现明显的注意缺陷和活动过多, 并在学校、家庭和其它场合都有这些临床表现, 症状持续 6 个月以上, 对社会功能产生不良影响; 排除其它精神障碍所致; 若同时存在多动和品行障碍的特征, 则诊断为多动症合并品行障碍

2. 评估: **Conners 儿童行为量表**

【鉴别诊断】

1. 正常活泼儿童: 能根据环境要求调整自己的行为
2. 精神发育迟滞: 学业成绩始终和智能低下的程度相符, 伴语言和运动发育迟滞, 判断能力、理解能力和社会适应能力普遍降低
3. 品行障碍: **不具有明显的注意缺陷**; **中枢兴奋剂治疗无效**

4. 情绪障碍: 首发和主要症状是情绪问题, 病程呈发作性, 间歇期正常
5. 抽动障碍: 头面部/四肢/躯干肌不自主快速、短暂、不规则抽动, 也可有不自主发声抽动
6. 精神分裂症: 逐渐出现精神分裂症的精神病性症状
7. 儿童孤独症: 同时表现人际交往和沟通困难, 言语发育障碍, 兴趣和活动内容局限

【治疗】轻症患者首选非药物治疗

非药物治疗	如父母管理训练、教育干预、心理治疗（行为治疗、认知行为治疗）
药物治疗	<p>🚫 中枢兴奋剂: 哌甲酯(methylphenidate)（但可诱发/加重抽动症状）</p> <p>🚫 选择性 NA 再摄取抑制剂: 托莫西汀(tomoxetine)（适用于 7 岁以上儿童和成人; 不良反应较少）</p>

二、品行障碍(conduct disorder)

【病因】家庭因素、遗传因素、生化改变、心理因素、社会亚文化因素

【临床表现】儿童青少年持久性违反与其年龄相适应的社会道德规范和行为规则, 侵犯他人或公众利益的行为; 表现为攻击他人/动物、故意破坏财物、偷盗、欺诈、违反社会准则; 病程持续 6 个月以上, 明显影响同伴/师生/亲子关系、学业; 常与 ADHD、重症抑郁、双相障碍、儿童虐待、物质滥用共同存在

三、Tourette 综合征/抽动秽语综合征

【特点】是一类抽动障碍; 多 2~15 岁起病, 男孩多见; 表现为进行性发展的多部位运动抽动（简单的运动抽动是首发症状）和发声抽动同时存在; 多数患者抽动前可有某种不舒适感觉, 需要通过抽动加以缓解; 可伴发其它精神障碍（如 ADHD、强迫性行为）

第十章 精神障碍的治疗学

第一节 药物治疗

一、一般原则

1. 明确诊断和药物治疗靶症状的确认
2. 在用药前应告知患者和家属使用药物治疗的理由、好处和不良反应
3. 根据研究结果和临床经验, 足量足疗程使用药物; 同时密切注意疗效和不良反应
4. 当药物治疗无效时, 应考虑: ①原来的诊断是否正确; ②所见的症状是否和原来的诊断有关, 是否为药物治疗的不良反应; ③所用的药物是否足量足疗程; ④患者是否同时服用其它药物以及药物之间的相互作用是否降低了药物疗效; ⑤患者的依从性
5. 和心理治疗结合
6. 注意特殊人群用药: 儿童、老年人、孕妇和哺乳期

二、抗精神病药物

【作用机制】

1. 解剖基础——脑内的 4 条多巴胺能通路: ①中脑边缘系统通路（抗精神病作用）; ②中脑皮质通路（抗精神病作用）; ③黑质纹状体通路（EPS 相关）; ④下丘脑结节漏斗通路（催乳素↑）
2. 机制: 主要作用于中脑网状结构上行激动系统、边缘系统（杏仁核、海马、丘脑下部）、锥体外系（苍白球、纹状体），可能和其阻滞 DA 受体相关; 新一代不典型抗精神病药尚可阻滞 5-HT 系统（不良反应少, 尚可改善阴性症状和认知功能）

【分类及其代表药】

（一）典型抗精神病药（第一代）

1. 低效价: 每日有效治疗剂量>200mg; 更易产生镇静作用和低血压
- (1) 氯丙嗪(chlorpromazine): 最早、最常用的抗精神病药; 有较强的抗幻觉、妄想和镇静作

用,也有较强的抗 M 受体作用(注意体位性低血压);口服/肌注,禁止皮下注射

(2)硫利哒嗪(thioridazine):长期大量使用可引起色素性视网膜病变

(3)舒必利(sulpiride):唯一的**对阴性症状有效**的第一代药物,如**情感淡漠**、精神运动性抑制(如**木僵**)

2.中高效价:每日有效治疗剂量 2~120mg;更易产生锥体外系症状

(1)奋乃静(perphenazine):镇静作用不强;易引起锥体外系症状,对内脏不良反应少

(2)氟奋乃静(fluphenazine):对慢性患者有振奋和激活作用

(3)氟哌啶醇(haloperidol):常用;和氯丙嗪相似,EPS 明显,但对心血管、肝脏、自主神经影响小

(4)三氟拉嗪(trifluoperazine):对情感淡漠、行为退缩症状也有较好效果

(5)五氟利多(penfluridol):口服长效(适用于维持治疗)

(6)氯普噻吨(chlorprothixene)(泰尔登):常用于伴焦虑和抑郁症状的精神病患者

(二)非典型抗精神病药(atypical antipsychotics)(第二代)

1.**特点**:很少产生锥体外系症状(特别是 PD);可作用于 DA 受体,也可作用于 5-HT_{2A}、α-肾上腺素能、毒蕈碱受体;在治疗阳性症状和**阴性症状**的同时,**改善情绪症状和认知功能**

2.种类

(1)氯氮平(clozapine):最早的非典型抗精神病药;很少发生锥体外系症状,但其它不良反应多,特别是**粒细胞缺乏**,故为二线药物

(2)奥氮平(olanzapine):作用和氯氮平相似,但不良反应少;可引起**体重增加**

(3)利培酮(risperidone):无色无味,有片剂、口服液和长效针剂;可引起**闭经溢乳综合征**

(4)喹硫平(quetiapine):适用于轻型和老年人

(5)齐拉西酮(ziprasidone):比较理想的药物;阻断 5-HT_{2A}/D₂受体比值最高

(6)阿立哌唑(aripiprazole):比较理想的药物

【适应证】适用于各种精神病性症状(如幻觉、妄想、精神运动性兴奋、精神运动性抑制、思维贫乏、思维散漫、情感淡漠、情感不协调),常用于精神分裂症、躁狂症、分裂情感性精神病和其它精神障碍的治疗;也用于脑器质性疾病、躯体疾病所致精神障碍和精神活性物质所致精神障碍的治疗;非典型抗精神病药尚可用于心境障碍和认知功能失调的治疗

【禁忌证】孕妇、药物过敏、**昏迷、高热患者**;对严重心肝肾和造血功能障碍以及老年人、儿童、哺乳期孕妇应慎用

【临床应用】

1.用药原则:①尽可能单药使用;②从小剂量开始,逐渐加量;③注意剂量个体化,足量足疗程使用;④医生应告知不良反应;⑤治疗前检查体重、血压、EKG、肝肾功能、血脂、血糖和催乳素;⑥非典型抗精神病药物(除氯氮平)为一线用药

2.急性期治疗:合作者可口服;不合作者可肌注或静滴

3.维持治疗

4.联合用药:适用于单药治疗无效/效果不明显,换用其它类型的抗精神病药物也无效/效果不明显;如氯丙嗪/氯氮平和奋乃静联合

【不良反应和处理原则】

锥体外系症状 (extrapyramidal symptoms, EPS)	<p>是典型抗精神病药治疗中最常见的不良反应之一,特别是含氟结构的药物;各种症状的出现时间往往和药物使用时间长短有关</p> <p>表现</p> <p>■急性肌张力障碍(acute dystonia)(2~21%)</p> <p>➤特点:发生最早(用药后不久),男青年多见;表现为局部肌肉群的持续性强直性收缩,继而出现扭转痉挛、动眼危象、角弓反张;因症</p>
---	--

	<p>状痛苦而可继发焦虑、抑郁</p> <p>➤ 处理: 抗胆碱能药物 (如东莨菪碱) 肌注, 然后口服苯海索; 减少抗精神病药剂量或换用其它药物</p> <p>■ 静坐不能(akathisia) (>20%)</p> <p>➤ 特点: 多见于用药早期或剂量较大时, 治疗 1~2w 后出现, 女性多见; 表现为躯体不能放松, 需要运动而无法控制, 坐立不安, 来回走动, 两腿不停地踏步样运动, 内心紧张/焦虑, 不能保持安静, 严重时可有抑郁/自杀, 常伴肌张力增高的表现; 临床上易误诊为精神症状恶化、反而加大剂量</p> <p>➤ 处理: 和急性肌张力障碍类似</p> <p>■ 帕金森综合征 (13~40%)</p> <p>➤ 特点: 药物治疗后最常见的锥体外系症状; 多见于用药治疗 4~6w 或剂量较大时, 女性多见; 表现为运动不能+静止性震颤+肌强直三联征, 伴面具脸、屈曲体位、前冲性小步、多汗等, 严重时可有口齿不清、吞咽困难, 常继发焦虑、抑郁</p> <p>➤ 处理: 苯海索、东莨菪碱; 严重时可先东莨菪碱肌注, 然后苯海索口服; 减少抗精神病药剂量或换用其它药物</p> <p>■ 迟发性运动障碍(tardive dyskinesia, TD) (15%)</p> <p>➤ 特点: 最严重的锥体外系不良反应, 可能和 DA 受体阻断后超敏有关, 多见于女性、老年人和脑部有器质性疾病者, 用药持续半年以上; 表现为口面部吸吮肌、躯干、四肢的不自主运动, 如不自主咀嚼、吸吮、鼓腮、歪颈、四肢舞蹈样动作, 严重时可有构音不清、进食困难; 在做其它自主动作时上述不自主动作往往会减轻/消失</p> <p>➤ 处理: 预防为主, 治疗困难; 早期发现、及时停药后一般可缓解; 治疗时, 可减少抗精神病药剂量或换用其它药物, 停用抗胆碱能药物, 可用异丙嗪或苯二氮䓬类稳定情绪/减轻症状</p>
其它	<p>🌈 精神症状: 如过度镇静作用所致嗜睡、乏力、精神不振, 也可表现为焦虑、抑郁或兴奋躁动; 可酌情减量、对症处理</p> <p>🌈 恶性综合征(malignant syndrome) (0.01~2%)</p> <p>■ 特点: 少见但病情严重, 可致死; 好发于男性、年轻人, 见于高效价药物大剂量/加量过快; 起病突然, 通常在治疗的最初 10d 内, 表现为持续性高热、肌肉强直、意识障碍、心血管症状、自主神经功能紊乱症状, 伴 WBC ↑、血清 CK ↑、水电解质紊乱; 病情在 72h 达高峰, 可出现多种并发症 (如肺水肿、心肌梗死、肾衰竭)</p> <p>■ 处理: 无特殊治疗方法, 早期发现、综合治疗 (停药、补液) 是成功关键; 避免使用抗胆碱能药物 (否则可影响出汗而加重高热)</p> <p>🌈 心血管不良反应: 和阻断 α-受体、抑制心肌 ATP 酶相关; 表现为体位性低血压、头晕眼花、心悸、心律不齐, 严重时可有猝死; 常见于氯氮平、氯丙嗪、硫利哒嗪、泰尔登、喹硫平、齐拉西酮</p> <p>🌈 肝脏不良反应: 主要是中毒性肝炎; 常见于氯丙嗪、氯氮平、奥氮平</p> <p>🌈 胃肠道和自主神经不良反应: 和抗肾上腺素能、抗胆碱能相关; 表现为口干、鼻塞、出汗、恶心、腹泻、便秘、尿潴留等</p> <p>🌈 代谢和内分泌不良反应: 如奥氮平和氯氮平可引起体重增加, 利培酮和舒必利可引起闭经溢乳综合征</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 血液系统不良反应：粒缺最常见（如氯氮平） 皮肤不良反应：表现为药疹、接触性皮炎、光敏性皮炎、剥脱性皮炎；常见于氯丙嗪 癫痫：特别是原有癫痫病史者；常见于氯丙嗪、氯氮平 药物过量：药物中毒
--	--

三、抗抑郁药物

（一）**分类和代表药**

1. 单胺氧化酶抑制剂(monoamine oxidase inhibitors, MAOIs)

【代表药】如苯乙肼、吗氯贝胺（选择性 MAO-A 抑制剂）；目前已很少使用

【适应证】适用于各类抑郁症（二线药物），尚可改善认知功能

【不良反应】

(1) 高血压危象：①肠内 MAO 受抑制→食物中的**酪胺**（特别是富含酪胺的乳酪、鸡肝、啤酒等）大量进入血液循环并促进 NA 等递质的合成；表现为搏动性头痛、血压升高、心悸、恶心呕吐、高热等；②处理：常用酚妥拉明肌注

(2) 肝功能异常：ALT 和 AST 一过性升高

(3) **5-HT 综合征(5-HT syndrome)**：①当和其它 5-HT 阻断药一起使用时产生；②表现为高热、坐立不安、肌肉抽动、强直、惊厥、昏迷；③处理：停药、补液扩容、降温、促进药物排泄，使用 5-HT 对抗剂（如普萘洛尔、赛庚啶）

【注意事项】原用 MAOI 换用其它抗抑郁药时，须**停药 2w**

2. 三环类抗抑郁药(tricyclic antidepressants, TCAs)

【作用机制】主要是抑制 NE 再摄取并促进 NE 和受体结合

【代表药】丙咪嗪/米帕明(imipramine)（可改善迟滞）、阿米替林(amitriptyline)（镇静作用较强→特别适合于**伴焦虑、激越者**）、多塞平(doxepin)（镇静作用较强）、氯米帕明(clomipramine)（**强迫症状**效果好）

【适应证】各种抑郁症状和焦虑症状

【不良反应】

(1) 心血管系统：心动过速、体位性低血压、眩晕；以奎尼丁样作用所致传导阻滞最危险

(2) 抗胆碱能反应：**青光眼**、前列腺肥大禁用

(3) 镇静、体重增加

(4) 药物过量：**昏迷+痉挛+心律失常**，伴高热、低血压、肠麻痹、瞳孔散大

3. 四环类抗抑郁药(tetracyclic antidepressants)

【代表药】麦普替林(maprotyline)

4. 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, **SSRIs**)

【代表药】“六朵金花”

(1) 氟西汀(fluoxetine)：最早上市，**半衰期最长（起效慢）**；内源性抑郁症效果好；不良反应少

(2) 帕罗西汀(paroxetine)：特别适合于**伴明显焦虑、睡眠障碍**的抑郁症；初用时不良反应较多，但心血管不良反应少；**有停药反应**（因为半衰期短）

(3) 舍曲林(sertraline)

(4) 氟伏沙明(flvoxamine)：适用于自杀企图明显的抑郁症、强迫症；8 岁以下儿童不宜

(5) 西酞普兰(citalopram)：极少通过肝药酶代谢→适用于和其它药物共用（**药物相互作用最少**）

(6) 艾司西酞普兰(escitalopram)：仅作用于 5-HT；起效比西酞普兰快

【适应证】主要用于抑郁症（一线用药、**最常用**），也可用于双相情感障碍、焦虑症、恐惧

症、强迫症、PTSD、慢性疼痛综合征、疑病症、成瘾、神经性厌食的治疗

【禁忌证】无绝对禁忌证

【临床应用】多起始即用治疗剂量，每日 1 次，早上给药

【不良反应】明显比 TCAs 少且轻，几乎无抗胆碱能作用，药物过量的毒性也小；常见的不良反应有恶心呕吐、食欲减退、失眠、**性功能障碍**、5-HT 综合征（禁与 MAOIs 合用）

5. 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor, SNRIs)

【代表药】文拉法辛(venlafaxine)、度洛西汀(duloxetine)

【特点】具有抗抑郁和抗焦虑作用；无抗胆碱能作用，镇静作用较弱

6. 去甲肾上腺素再摄取抑制剂(noradrenergic reuptake inhibitors, NRIs)

【代表药】瑞波西汀(reboxetine)

7. 去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺双重作用抗抑郁剂(NaSSA)

【代表药】米氮平(mirtazapine)（对性功能影响小）

8. 其它：如曲唑酮、噻奈普汀、米安色林

（二）抗抑郁药的选择

1. 不良反应：驾驶员、机器操作者不宜使用镇静作用强的药物；前列腺增生、青光眼患者不宜使用抗胆碱能作用强的药物

2. 毒性反应：对心脏病、严重自杀倾向者慎用心脏毒性强的 TCAs

3. 癫痫：有癫痫病史者使用时应适当增加抗癫痫药物剂量

4. 药物相互作用

5. 价格

四、抗焦虑药物

1. 苯二氮草类（最常用）

【作用机制】激动边缘系统 GABA 受体；间接影响 5-HT 和 NE 系统

【分类】

(1)短效 (<12h)：如劳拉西泮(lorazepam)、三唑仑(triazolam)（**最易耐药和成瘾**）、奥沙西泮(oxazepam)、**咪达唑仑(midazolam)**/速眠安

(2)长效 (>12h)：如**地西泮(diazepam)**、硝西泮(nitrozapam)、氟西泮(flurazepam)、**氯硝西泮(clonazepam)**/氯硝安定、**阿普唑仑(alprazolam)**/佳静安定、**艾司唑仑(estazolam)**/舒乐安定

【适应证】

(1)共性：①焦虑症和其它神经症的焦虑状态；②各种精神障碍伴发的焦虑状态；③抗惊厥和抗癫痫发作；④**骨骼肌松弛作用**；⑤各种失眠症和睡眠障碍（入睡困难选用短效类，早醒选用长效类）；⑥惊恐发作和恐惧性神经症；⑦抗抑郁作用；⑧酒依赖的戒断和震颤谵妄等戒断症状

(2)个性：肝病患者可选用**劳拉西泮**和奥沙西泮，抗焦虑作用以氯硝西泮、阿普唑仑、艾司唑仑为佳，镇静催眠作用以氟西泮、硝西泮、地西泮和艾司唑仑为佳，肌肉松弛作用以地西泮、氯硝西泮为佳

【注意事项】不要和酒精同服（否则会抑制呼吸）；不宜大剂量连续使用 **6w 以上**（会成瘾）

2. 非苯二氮草类

(1)丁螺环酮(bupirone)：5-HT_{1A} 受体激动剂；抗焦虑但无镇静催眠作用、对神经内分泌功能无影响

(2)坦度螺酮(tandospirone)：5-HT_{1A} 受体激动剂；抗焦虑但无镇静催眠作用

(3)黛力新(deanxit)

(4)唑吡坦(zolpidem)：选择性 GABA ω_1 受体亚型激动剂；适用于失眠症短期治疗；**长期使用**

可出现 EPS

(5)佐匹克隆(zopiclone): 镇静催眠作用但无抗焦虑作用

(6)苯海拉明

(7)水合氯醛

(8) β -受体阻断剂: 如普萘洛尔 (适用于伴心血管症状的躯体性焦虑)

(9)抗抑郁药和抗精神病药

五、抗躁狂药物/心境稳定剂(mood-stabilizing drugs)

【定义】是一组治疗躁狂发作、预防躁狂抑郁症复发的药物

(一) 锂盐 (最常用)

【适应证】对躁狂发作、双相障碍有治疗和预防复发的作用; 对单相抑郁发作疗效不明显; 对分裂情感性精神障碍有效 (但要和抗精神病药物合用)

【不良反应】

1. 胃肠道反应: 胃部不适、恶心、呕吐、腹泻者要考虑锂盐中毒的可能性
2. 神经系统: 疲软、乏力、双手细颤; 粗大震颤、共济失调时要考虑锂盐中毒的可能性
3. 心脏: 类似低钾的 T 波低平、心肌炎、传导阻滞
4. 甲状腺: 影响甲状腺素合成→引起甲低, 但可逆
5. 肾脏: 引起尿崩症症状, 但可逆

6. 中毒反应

(1)表现: 呕吐、腹泻、粗大震颤、抽动、呆滞、困倦、头晕目眩、构音不清、共济失调、意识障碍, 严重时可有肾功能衰竭、心血管功能衰竭、昏迷、死亡

(2)处理: 立即减少/停用锂盐、补液扩容、利尿, 严重时透析

(3)注意: 氟哌啶醇可增加锂盐中毒几率

7. 其它: WBC \uparrow 、致畸作用

【临床应用】一般治疗 7~10d 显效; 治疗前检测甲状腺功能、肾功能、EKG, 以后每隔 2~6m 复查; 使用时要监测血药浓度 (最佳时间是末次服药后 12h), 治疗时的最佳有效浓度是 0.8~1.2mmol/L (维持治疗时为 0.5~1.2mmol/L); >1.5mmol/L 为中毒浓度

(二) 其它抗躁狂药物

1. 卡马西平(carbamazepine): 常在锂盐无效、不能耐受锂盐不良反应时使用; 治疗躁狂发作时的有效血药浓度为 4~15 μ g/ml

2. 丙戊酸盐(valproate): 治疗情感性障碍的有效血药浓度为 50~150 μ g/ml

3. 拉莫三嗪(lamotrigine)

六、益智药

VD 首选脑血管扩张剂、改善脑循环、增加血氧含量的药物 (如尼莫地平、双氢麦角碱、都可喜); AD 首选胆碱能药物 (如石杉碱甲、他克林)

第二节 其它治疗

一、电休克治疗/电抽搐治疗(electric convulsive therapy, ECT)

【定义】是以一定强度的电流通过大脑, 达到治疗精神疾病的目的; 包括有抽搐 ECT 和无抽搐 ECT (先使用短效麻醉药)

【疗程】一个疗程 6~12 次; 通常 2~3 次后即有明显改善, 6~8 次时仍无明显效果者可停用

【不良反应】

1. 有抽搐 ECT: 头痛、恶心呕吐、可逆性记忆减退、舌咬伤、骨关节脱位
2. 无抽搐 ECT: 烦躁不安、头痛、可逆性记忆减退、呼吸困难、吸入性肺炎

【适应证】①抑郁症, 特别是重度抑郁、有强烈自杀念头、自杀行为者; ②精神运动性抑制,

如木僵、违拗、蜡样屈曲、缄默症；③精神运动性兴奋，如**急性兴奋躁动**、紧张症候群；④药物治疗无效/不良反应不能耐受的抑郁症和精神分裂症

【禁忌证】①颅内高压；②严重心血管疾病；③急性全身感染性疾病；④严重呼吸系统疾病；⑤躯体严重衰竭；⑥骨关节疾病（无抽搐 ECT 除外）；⑦青光眼（**无抽搐 ECT 除外**）；⑧老年人和儿童（无抽搐 ECT 除外）；⑨孕妇

二、跨颅磁刺激治疗(TMS)

三、光治疗

四、心理治疗

五、工娱治疗(occupational and recreational therapy)

【定义】包括工疗（职业治疗）和娱疗（文艺、体育、音乐、美术治疗）；安排患者参加某些劳动和文娱体育活动，以促进患者病情早日恢复的辅助治疗